

**À retourner à Energie Mutuelle - Service Adhésion  
66 avenue du Maine 75014 PARIS**

N° d'adhérent Complémentaire Maladie : 30 \_\_\_\_\_

**MA SITUATION PERSONNELLE**

Je déclare, ci-dessous, ma situation personnelle dans les champs prévus à cet effet.

**+ MEMBRE PARTICIPANT**

N° d'immatriculation Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom (en capitales) : \_\_\_\_\_

Prénom (en capitales) : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

La télétransmission directe de vos remboursements entre la Sécurité sociale et Energie Mutuelle sera automatique. Toutefois, si vous êtes couvert par la complémentaire santé de votre conjoint et que vous souhaitez la faire intervenir en premier, avant la Complémentaire Maladie « Loi Evin », vous devez refuser cette télétransmission en cochant la case ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie Mutuelle.

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale (Noemie), cocher la/les cases. Pour moi-même :

**@ COURRIEL :** \_\_\_\_\_

Les relevés de prestations vous seront adressés par courriel et téléchargeables dans votre Espace Adhérent.

Si vous souhaitez les recevoir par courrier à domicile, cocher la case

Les informations réglementaires vous seront adressées par courriel. Si vous souhaitez les recevoir par courrier à domicile, cocher la case

TÉL. DOM. : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_ TÉL. PROF. : \_\_\_\_\_ TÉL. PORT. : \_\_\_\_\_

Blotcl : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : blotcl.gouv.fr

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e), demande pour moi-même de la garantie facultative Plénitude Evin, l'adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste sur le site <https://www.energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne>, l'annexe relative aux frais de gestion, ainsi que la réception de la fiche d'information normalisée sur le produit d'assurance, et en accepte les dispositions.
  - Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute modification de ma situation personnelle et de mes coordonnées.
  - Je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion en renonçant par lettre recommandée papier ou électronique avec accusé de réception papier ou électronique.
  - **Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).**
- Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de la mutuelle, du groupe Malakoff Humanis et de ses partenaires.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de la mutuelle, du groupe Malakoff Humanis et de ses partenaires.

La date d'effet est le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours à réception du bulletin individuel d'adhésion.

DATE : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**Mandat de Prélèvement SEPA** (Single Euro Payments Area)

Votre Référence Unique du Mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

ICS : FR57ZZZ426075

**Zone réservée au créancier**

N° RUM (Référence Unique du Mandat)

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, en application des dispositions de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

**Titulaire du compte**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

**Nom et Adresse du créancier**

**ENERGIE MUTUELLE**  
**66 avenue du Maine**  
**75009 PARIS**

**Signature du titulaire du compte à débiter**

**Désignation du compte à débiter**

IBAN (International Bank Account Number)

.....

BIC / SWIFT (Bank Identifier Code) .....  Prélèvements récurrents

Fait à : ..... Le : .....

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Energie Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Energie Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

**VOTRE COTISATION**

Cotisation mensuelle TTC - 1<sup>re</sup> année (100%) : 2,430% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428€ en 2020), soit 83,30€

Cotisation mensuelle TTC - 2<sup>e</sup> année (125%) : 3,037% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428€ en 2020), soit 104,11€

Cotisation mensuelle TTC - 3<sup>e</sup> année (150%) : 3,645% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428€ en 2020), soit 124,95€

**LOI N° 89-10009 DU 31 DÉCEMBRE 1989**

Article 9 – Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

**DÉCRET N° 90-769 DU 30 AOÛT 1990**

Article 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

**LOI N° 2018-493 DU 20 JUIN 2018 RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Les informations personnelles recueillies sont à destination de la mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement. Ces informations font l'objet d'un traitement nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Conformément à la loi, vous disposez, ainsi que vos ayants droits :

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande, par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité, auprès d'Energie Mutuelle – Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton - 49000 ANGERS, ou par courriel à l'adresse suivante : [correspondant.dpo@energiemutuelle.fr](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr)

## ANNEXE « FRAIS DE GESTION »

Cette annexe d'information légale vous informe, selon l'arrêté du 6 mai 2020, des frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les services inclus tels que le réseau de soins KALIXIA ou les services de télémédecine, le tiers-payant et la télétransmission automatique des décomptes.

Pour l'année 2019, **au titre de l'ensemble des contrats frais de santé** assurés par Energie Mutuelle :

- **le taux de redistribution** s'élevait à **74,68 %**.

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des **frais de gestion**, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à **21,50 %**.

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

**Le montant des frais de gestion correspond à un montant de 2,82€ / mois par membre bénéficiaire souscripteur d'un contrat.**

Pour toute question, votre mutuelle est à votre disposition et vous remercie de votre confiance.