



# Formulaire de modification individuel

Pour les bénéficiaires des garanties Energie Mutuelle

## Retournez-nous le formulaire complété, signé et accompagné des justificatifs requis :

- par Internet via votre espace personnel : [adh.energiemutuelle.fr](http://adh.energiemutuelle.fr), rubrique « Nous contacter » puis « Transmettre un document »
- ou par courrier à **Energie Mutuelle – Service Adhésion, 66 avenue du Maine 75014 PARIS.**

### JUSTIFICATIFS À FOURNIR

#### - si changement de compte :

- Pour le paiement des prestations, joindre un RIB
- Pour le prélèvement de la cotisation ou un changement de payeur : remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous et joindre un RIB

#### - si ajout de bénéficiaire(s) :

- Joindre l'attestation de la carte Vitale de l'ayant droit concerné
- En cas d'incapacité au moins égale à 80 % (taux d'incapacité attribué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées « ex-COTOREP »), joindre un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.

#### - si radiation de bénéficiaire(s) :

- En cas de radiation suite à un décès, joindre un bulletin de décès
- En cas de résiliation famille ou radiation d'un bénéficiaire : joindre la carte d'adhérent en cours de validité ou la copie de la carte de tiers payant d'un autre organisme assureur.

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area)

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

ICS : FR57ZZZ426075

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

**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  
75014 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.

- Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute nouvelle modification.
- J'ai pris connaissance des documents d'information et réglementaires relatifs à ma garantie Energie mutuelle disponibles sur le site [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr)

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.

Fait le .....

Signature

### \* DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes désignées par le Membre Participant via le site Internet dédié à cet effet ou à défaut sur son bulletin individuel d'affiliation, à savoir les personnes mineures et les personnes majeures ouvrants droit telles que définies à l'article L.160-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 introduisant le dispositif de Protection Universelle Maladie :

- le conjoint ou concubin, ou personne ayant conclu un PACS, du Membre Participant à charge ou non au sens du Régime Général de l'Assurance Maladie ;
- les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie ;
- les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS, âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études ;
- les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur numéro de Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%. Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007.

### PROTECTION DES DONNÉES

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)