

Date d’embauche : [][][][][][][][][][][][][][][]

Date de fin de CDD : [][][][][][][][][][][][][][][]

N° de salarié (matricule figurant sur votre fiche de paie) : [][][][][][][][][][][][][][][]

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont vous-même et vos ayants droit (enfant(s) à charge et conjoint de votre foyer fiscal. Voir définition au verso).
Attention : si votre conjoint est également salarié hors statutaire de la CCAS, seul l’un d’entre vous est à inscrire en tant que Membre Participant.

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire				SEXE M - F	RÉGIME	DATE DE NAISSANCE
N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)			
[][][][][][][][][][][][][][][]	Membre participant	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	Conjoint	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	1 ^{er} enfant	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	2 ^e enfant	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	3 ^e enfant	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	4 ^e enfant	.....	.....			.... /.... /....
[][][][][][][][][][][][][][][]	5 ^e enfant	.....	.....			.... /.... /....

RÉGIME

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :

- Assuré social au Régime Général de Sécurité sociale : 1
- Assuré du Régime Local d’Alsace-Moselle : 2

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre la Sécurité sociale et Energie Mutuelle sera automatique. Toutefois, si vous et/ou l’un de vos ayants droit êtes couverts par la complémentaire santé de votre conjoint et que vous souhaitez la faire intervenir en premier, avant la CCM CCAS obligatoire, vous devez refuser cette télétransmission en cochant la ou les case(s) ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie Mutuelle.
Je refuse la télétransmission : Pour moi-même Pour mes ayants droit

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. [][][][][][][][][][][][][][][] Tél. prof. [][][][][][][][][][][][][][][] Tél. port. [][][][][][][][][][][][][][][]

Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d’opposition au démarchage téléphonique : **bloctel.gouv.fr**

Adresse

Code postal [][][][][][][] Ville

DOCUMENTS À FOURNIR

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CCM CCAS, l’adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j’ai pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de la notice d’information sur le site energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne 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 reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l’application de sanctions prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-5 du Code de la mutualité.**
- 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 ») d’une des personnes déclarées ci-dessus, je joins un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.

Date : [][][][][][][][][][][][][][][]

SIGNATURE

- Je joins un **Relevé d’Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d’Epargne (RICE).**
 - **Les photocopies de l’attestation papier ou électronique de la Carte vitale de chacun des membres de la famille.**
Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.
 - **J’atteste sur l’honneur avoir renseigné la caisse de Sécurité sociale à laquelle j’appartiens.**
- 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.

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire				SEXE M - F	RÉGIME	DATE DE NAISSANCE
N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	6° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	7° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	8° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	9° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	10° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	11° enfant	.....	.....			.... /.... /....
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	12° enfant	.....	.....			.... /.... /....

***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