

Pour une surcomplémentaire qui répond à mes besoins,
je choisis Equilibre R2 et Confort R2

[Cotisations](#)

[Garanties](#)

[Services](#)

[Règlementaire](#)

[Contacts](#)

**Garanties dédiées aux conjoints non Camieg
des salariés et retraités des IEG
déjà couverts par une complémentaire santé**



Equilibre R2 et Confort R2

Votre santé en toute tranquillité

Vous êtes conjoint non-Camieg d'un salarié ou d'un retraité des IEG et déjà couvert par une première complémentaire santé ? Energie mutuelle vous propose les garanties Equilibre R2 et Confort R2 adaptées à vos besoins et conçues pour vous accompagner tout au long de votre parcours de soins.

En intervenant en surcomplémentaire (troisième niveau de couverture), ces deux garanties améliorent sensiblement la prise en charge de vos dépenses de santé et vous assurent un remboursement de soins optimal.

En complément des remboursements sur vos dépenses de santé (dépassements d'honoraires, optique, dentaire, hospitalisation et appareillage médical), les garanties Equilibre R2 et Confort R2 vous permettent de bénéficier de nombreux avantages :

- Une assistance (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante en cas d'hospitalisation, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, ...)
- Des services de télémédecine (téléconsultation médicale, deuxième avis médical, imagerie 3D)
- Une garantie dépendance* (en option)

	Niveau 1 (e)Equilibre R2	Niveau 2 (e)Confort R2
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les dispositions d'attribution	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	OUI	OUI
Visible Patient Solution	OUI	OUI
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	OUI	OUI
Rente dépendance*	OUI Accessible uniquement avec Equilibre R2	OUI Accessible uniquement avec Confort R2

* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 29 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

Pour plus d'information, rendez-vous sur les pages services ci-après

Votre cotisation

(e)Equilibre et (e)Confort R2


Sans enfants à charge


Avec enfant(s) à charge

COTISATIONS 2022 TTC

	€/mois*	
Equilibre R2	41,22 €	72,24 €
Confort R2	61,03 €	104,64 €

Cotisation incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73 € pour Equilibre R2 / 3,24 € pour Confort R2

eEquilibre R2	38,49 €	69,51 €
eConfort R2	57,79 €	101,40 €

Cotisation sans la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

* Contrat non responsable dont les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 20,27 %

ÉQUILIBRE & CONFORT R2

POUR LES CONJoints NON CAMIEG DES SALARIÉS ET RETRAITÉS DES IEG
COUVERTS PAR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

PRESTATIONS 2022

Grille de prestations conforme au dispositif 100% santé et aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)				
Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.				
Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	Selon la complémentaire santé souscrite	100 %	200 %
Chambre particulière				
Hospitalisation complète y compris maternité, 120 jours par année civile, par nuitée	-	Selon la complémentaire santé souscrite	80 € / jour	90 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-		25 € / jour	25 € / jour
Frais de transport	65 %		-	-

VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution**
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile en cas d'hospitalisation** avec Energie Mutuelle Services



Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime
de base⁽⁴⁾

Complémentaire
santé

ÉQUILIBRE R2
surcomplémentaire

CONFORT R2
surcomplémentaire



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %

Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %

Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %
Auxiliaires médicaux	60 %		60 %	120 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	60 %		80 %	120 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire	-		20 €	30 €
Frais de transport	65 %		-	-
Pansements acceptés Sécurité sociale	60 %		135 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-		60 €	70 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), sur frais réels limités à 100 € (12 séances par année civile)	-		50 % des Frais Réels	50 % des Frais Réels
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité	Non		NON	OUI

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** avec Energie Mutuelle Services



Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime
de base⁽⁴⁾

Complémentaire
santé

ÉQUILIBRE R2
surcomplémentaire

CONFORT R2
surcomplémentaire



OPTIQUE

Équipement 100% Santé⁽²⁾ (Classe A)

60 %

Sans reste à
charge

-

-

Équipement autre que 100% Santé (Classe B)

Verre et/ou monture acceptés Sécurité sociale : 1^{ère} paire par année civile

60 %

Verre et/ou monture acceptés Sécurité sociale : 2^{ème} paire par année civile

60 %

Selon la
complémentaire
santé souscrite

225 €

320 €

115 €

165 €

Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B

60 %

-

-

Lentilles

Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire

-

Selon la
complémentaire
santé souscrite

220 €

315 €

Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)

-

315 €

410 €



DENTAIRE

Prothèses 100% Santé⁽²⁾

70 %

Sans reste à
charge

-

-

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins et Prothèses autres que 100% Santé

Soins dentaires

70 %

Selon la
complémentaire
santé souscrite

90 %

140 %

Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)

70 %

90 %

140 %

Radiologie dentaire

70 %

90 %

140 %

Prothèses dentaires à tarifs modérés

70 %

190 %

210 %

Prothèses dentaires à tarifs libres

70 %

190 %

210 %

Implantologie

Couronne définitive sur implant

70 %

Selon la
complémentaire
santé souscrite

190 %

210 %

Orthodontie

100 %

235 %

300 %

Le cumul des remboursements des prothèses dentaires à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire

-

1 000 €

1 250 €

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile,

-

75 % des Frais
Réels

95 % des Frais
Réels

Orthodontie

-

300 %

400 %

Implantologie

-

30 % des Frais
Réels

40 % des Frais
Réels

Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire

-

540 €

600 €

Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile

-

15 % des Frais
Réels

30 % des Frais
Réels



Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime
de base⁽⁴⁾

Complémentaire
santé

ÉQUILIBRE R2
surcomplémentaire

CONFORT R2
surcomplémentaire



MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE

Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale

60 %

Selon la
complémentaire
santé souscrite

70 %

135 %

Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale

100 %

2 300 €

2 300 €

Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)

-

500 € / an

500 € / an



AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime général et la complémentaire santé souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Équipement auditif autre que 100% Santé⁽²⁾ (classe II ⁽³⁾)

Aide auditive unilatérale

60 %

Selon la
complémentaire
santé souscrite

380 €

400 €

Aide auditive bilatérale

60 %

520 €

720 €

Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale – forfait par année civile et par bénéficiaire

60 %

60 €

60 €



GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)

-

100 € / mois

150€ / mois

Allocation Equipement (GIR 3)

-

-

-

1 000 €

Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)

-

OUI

OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie :

- et adhère en cotisation « Isolé », il ne pourra pas souscrire à la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
- et adhère en cotisation « Famille », il pourra faire bénéficier son conjoint ou ascendant de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Conditions de versement : se reporter à l'article 29 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr



Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime
de base⁽⁴⁾

Complémentaire
santé

ÉQUILIBRE R2
surcomplémentaire

CONFORT R2
surcomplémentaire

AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	Selon la complémentaire santé souscrite	400 €	400 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-		50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée	-		80 €	80 €
Pack Prévention annuel comprenant :	-	Selon la complémentaire santé souscrite	110 €	220 €
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;				
- podologue et bilan podologique ;				
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;				
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;				
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;				
- test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ;				
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.				

+ DE SERVICES

Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les disposition d'attribution	-	-	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-		OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	-		OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	-		OUI	OUI
Visible Patient Solution	-		OUI	OUI

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.
DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement Mutualiste.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis réglementairement par le Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(3) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.

(4) Les données concernant le Régime de base sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.



Exemples de remboursements

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement mutuelle principale	Remboursement Energie mutuelle***	
				Equilibre R2	Confort R2
SOINS COURANTS					
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	70 €	15,1 €	En fonction de votre première mutuelle	20,7 €	32,2 €
Consultation d'ostéopathie	70 €	0		35 €	35 €
Acte d'imagerie médicale Non OPTAM (Radiographie de la cheville code CCAM NGQK002 BR* 23,86€)	65 €	16,7 €		21,47 €	33,4 €
OPTIQUE					
Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale	600 €	0 €	En fonction de votre première mutuelle	220 €	300 €
Optique adulte - Verres simple	400 €	0,09 €		225 €	320 €
Optique adulte - Verres complexes	730 €	0,09 €		225 €	320 €
DENTAIRE					
Prothèse dentaire tarifs maîtrisés Couronne Céramique-monolithique (BR* 120 €**)	500 €	84 €	En fonction de votre première mutuelle	228 €	252 €
Prothèse dentaire tarifs libres Couronne Céramo-céramique (BR* 107,5 €)	600 €	75,25 €		204,25 €	225,75 €
Implant dantaire	1 000 €	0 €		300 €	400 €
Orthodontie Adulte Non remboursée par la Sécurité sociale (deux semestres avec une BR* 193,5 € chacun)	2 400 €	0 €		1 161 €	1 548 €
HOSPITALISATION					
Chambre particulière (par nuitée)	110 €	0 €	En fonction de votre première mutuelle	80 €	90 €
Opération Chirurgie Non OPTAM (Remplacement de l'articulation coxofémorale Code CCAM NEKA020 BR* 459,80 €)	1 600 €	459,8 €		459,8 €	919,6 €

* Base de remboursement de la Sécurité sociale.

** qui comprend 1 € de participation forfaitaire de la Sécurité sociale

*** Remboursement maximum en fonction de celui de la mutuelle principale et de son reste à charge



Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

24h/24 et 7j/7



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical



Deuxième Avis Médical

Pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou situations médicales complexes



Ma famille



Energie Mutuelle Services*

aide-ménagère, garde d'enfants, transport à l'école et rapatriement d'un proche...



Rente Dépendance*

rente viagère mensuelle :
100 € / mois pour Equilibre R2
150 € / mois pour Confort R2



Aménagement du domicile

des prix négociés avec Indépendance Royale, spécialiste de l'aménagement à domicile pour les seniors

* Selon votre garantie ou renfort

Mon budget

- **Carte de tiers payant Viamedis** : moins d'avance de frais et des accords de prise en charge instantanés en hospitalisation, optique et audio grâce au premier réseau de tiers-payant de France
- **Fonds d'action sociale** : vous avez la possibilité de le solliciter en cas de coup dur
- **Réseau de soins Kalixia** : des tarifs préférentiels pour vous dans le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne :

« Habitant en zone rurale, il est appréciable de pouvoir solliciter un professionnel de santé à distance. Cela permet de nous rassurer sans avoir à se déplacer ou attendre le lendemain pour avoir un rendez-vous dans la grande ville d'à côté »

Assistance Energie Mutuelle

– Pierre :

« Je me suis fracturé la cheville lors d'une randonnée. Nous avons contacté l'assistance pour trouver une solution d'aide ménagère, ainsi que de garde d'enfants le temps de mon immobilisation. »

Deuxième Avis Médical

– Monique, atteinte d'un cancer du sein :

« L'équipe médicale m'avait prescrit un traitement de chimiothérapie mais après la première séance, j'ai dû l'interrompre car je ne le supportais pas. J'ai envoyé mon dossier à deuxiemeavis.fr et un oncologue m'a répondu en 2 jours. Il m'a convaincu que le traitement prescrit était le plus efficace dans ma situation et il m'a conseillé de le reprendre. »



Assistance, Energie Mutuelle Services

Energie Mutuelle Services propose des aides adaptées à chaque situation et aux aléas de la vie.

Information



pour effectuer des démarches quotidiennes (habitat, succession, famille, allocations...)

Prise en charge pour les enfants de moins de 16 ans



(garde, transport à l'école, rapatriement d'un proche) pour un parent hospitalisé

Aide à domicile



après une hospitalisation, maladie ou accident (adhérent, conjoint, enfants)

Gardiennage d'animaux



suite à une hospitalisation, maladie ou accident

Prise en charge d'une personne dépendante



au domicile pendant une hospitalisation

Aide lors d'une immobilisation



au domicile suite à une maladie ou accident (adhérent, conjoint, enfants)



Assistance accessible sur simple appel téléphonique : du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).



Une équipe médicale est à votre écoute afin de répondre à vos questions générales en matière de santé.

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**, toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis



Téléconsultation Médicale

Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ?
Bénéficiez de notre service de Téléconsultation Médicale 24h/24 et 7j/7

Le service de Téléconsultation Médicale vous permet de réaliser une consultation à distance, avec un médecin, et de vous apporter des réponses adaptées.



0 969 32 37 37
numéro de téléphone dédié,
sans surcoût
(appel non surtaxé)



**APPEL TRAITÉ
DIRECTEMENT**
par une équipe médicale
basée en France



**SERVICE
SÉCURISÉ**



**DISPONIBLE
24H/24, 7J/7**
en France et partout
dans le monde



**EN LIEN DIRECT
AVEC VOTRE
MÉDECIN
TRAITANT**
si vous êtes d'accord



**SI LE MÉDECIN
LE JUGE NÉCESSAIRE**
et avec votre accord, une ordonnance peut
être transmise au pharmacien
de votre choix partout en Europe

**QUAND FAIRE APPEL
À CE SERVICE ?**

- Impossibilité de joindre votre médecin traitant
- N'importe où en France et à l'étranger
- Depuis votre domicile, votre lieu de travail ou en vacances



Important : la Téléconsultation Médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

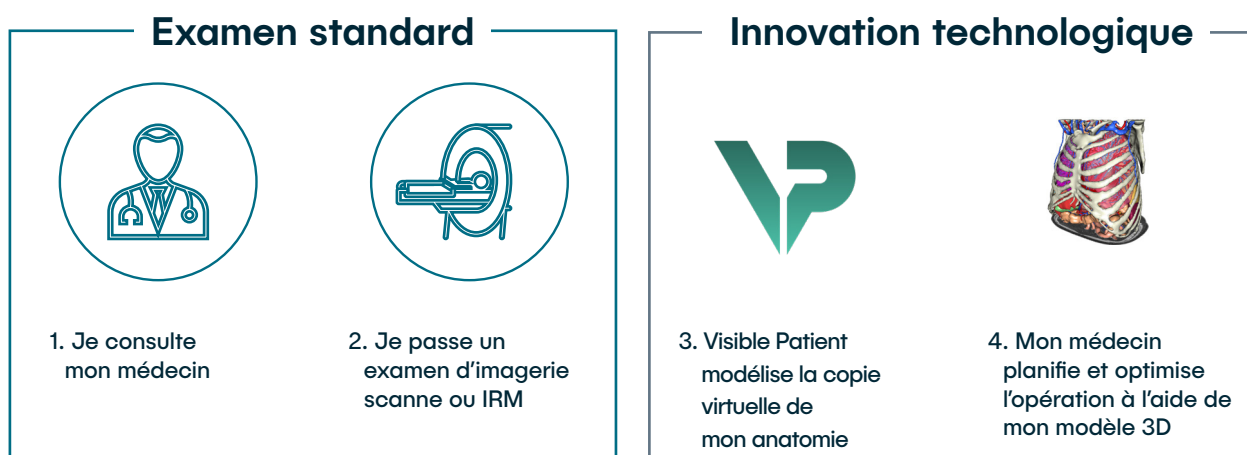
Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**,
toutes les informations pratiques et relatives à ces services.



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical.

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) une copie virtuelle 3D de votre anatomie. A l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.



Avec le modèle 3D, vous comprenez mieux les démarches proposées par votre médecin et choisissez avec lui les meilleures options pour votre traitement.

Le service d'analyse des images médicales proposé par Visible Patient est certifié ISO 13485 et ses logiciels sont des dispositifs médicaux agréés.

 Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique	✓ Simplifie la planification ✓ Améliore les gestes opératoires ✓ Diminue les risques d'erreurs chirurgicales ✓ Facilite la compréhension de votre pathologie	 3 000 patients en ont déjà bénéficié
--	--	--

visiblepatient.com/patient/

Retrouvez sur notre site internet, energiemutuelle.fr, toutes les informations pratiques et relatives à ces services.



Deuxième Avis Médical

Des médecins experts pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou de situations médicales complexes

Nous pouvons tous, dans notre vie, être confronté à un **problème de santé sérieux** (une maladie grave, rare ou invalidante) et devoir faire face à de nombreuses difficultés :

Difficultés à s'assurer de la **fiabilité** de l'information pour pouvoir faire les bons choix

Difficultés à **identifier** un médecin expert de sa pathologie

Difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin expert dans des **délais acceptables**

**Pour être bien assuré
et faire le bon choix pour
soi-même et ses proches**

deuxiemeavis.fr/energiemutuelle



Du **très haut niveau d'expertise médicale** de plus de 100 médecins référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux



Obtenez **sous 7 jours** un avis en ligne où que vous soyez



Une **prise en charge complète** des frais d'honoraires



Compte-rendu signé par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, si vous êtes d'accord



Sécurité des données de santé

Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**, toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis



Réseau de soins Kalixia



Accédez aux réseaux de soins Kalixia pour des soins et des prestations de qualité et moins de reste à charge !

Plus de 6 700
centres optiques



DES PRIX NÉGOCIÉS

- De -25 % à -40 % sur les verres
- -20 % sur les montures (hors griffées)
- -30 % sur les lentilles
- Libre choix de vos lunettes parmi les plus grandes marques

Plus de 4 400
centres audio



DES PRIX ACCESSIBLES

- Jusqu'à -500 € pour un double appareillage
- Une offre « Prim'Audio » avec un prix maximum de 700 € TTC par oreille
- -20 % sur les accessoires de connectivité.

Près de 500
ostéopathes



DES PRIX MAÎTRISÉS

- Respect des plafonds d'honoraires du département d'exercice (de 50 à 70 €)

Une qualité de services garantie par le réseau

- Charte qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures

- Charte qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'une attestation personnelle

- Charte qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent.

Plus d'informations sur **energiemutuelle.fr**

- Kalixia : 1^{er} réseau de France avec 11 millions de bénéficiaires
- Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent
- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et en audio via notre partenaire Viamedis

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2022

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité –

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : EQUILIBRE R2

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire Santé EQUILIBRE R2 est un contrat de surcomplémentaire santé individuel, souscrit par une personne physique, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. EQUILIBRE R2 est un contrat santé solidaire non-responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézières.
- ✓ **Optique** : Monture et verres de classe B (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables et adaptation, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale, Forfait Equipement Handicap.
- ✓ **Aide auditive** : Equipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien).
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Garantie Perte d'autonomie / dépendance (GIR 1 et GIR 2).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes)
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social
- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation Médicale
- ✓ Deuxième Avis Médical
- ✓ Visible Patient Solution

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance (Energie Mutuelle Services) assurée par AUXIA ASSISTANCE.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière, hospitalisation complète à 120 jours par année civile.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 12 séances par année civile (sur frais réel limité à 100 euros).
- ! **Prothèse dentaires et Orthodontie** : Forfait annuel.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : Forfait annuel.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants en tant que conjoint d'agent actif ou retraité des IEG, ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières mais garantis par un premier régime complémentaire santé au régime de Sécurité sociale, hors complémentaire santé Energie Mutuelle ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, par voie postale ou électronique, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements, ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré, cachet de la poste faisant foi par voie postale, date d'horodatage par voie électronique ou date de réception du mail si envoi par mail ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

À compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'une adhésion par démarchage, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée (par voie postale ou électronique) avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Uniquement dans le cadre d'une adhésion à la garantie eEquilibre R2 sans l'option Dépendance, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification
- À la date d'échéance annuelle du contrat (soit le 31 décembre de l'année en cours), en nous adressant par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2022

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité –

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : **CONFORT R2**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire Santé CONFORT R2 est un contrat de surcomplémentaire santé individuel, souscrit par une personne physique, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. CONFORT R2 est un contrat santé solidaire non-responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières Majoration des soins courants de 50% (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.
- ✓ **Optique** : Monture et verres de classe B (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables et adaptation, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale, Forfait Équipement Handicap.
- ✓ **Aide auditive** : Équipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien).
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Garantie Perte d'autonomie / dépendance (GIR 1 et GIR 2).
- ✓ Allocation équipement (GIR 3).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes).
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social.
- ✓ Tiers-payant Viamedis.
- ✓ Téléconsultation Médicale.
- ✓ Deuxième Avis Médical.
- ✓ Visible Patient Solution.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance (Energie Mutuelle Services) assurée par AUXIA ASSISTANCE.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE (Y COMPRIS NON RESPONSABLE)

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière, hospitalisation complète à 120 jours par année civile.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 12 séances par année civile (sur frais réel limité à 100 euros).
- ! **Prothèse dentaires et Orthodontie** : Forfait annuel.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : Forfait annuel.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants en tant que conjoint d'agent actif ou retraité des IEG, ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Électriques et Gazières mais garantis par un premier régime complémentaire santé au régime de Sécurité sociale, hors complémentaire santé Energie Mutuelle ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, par voie postale ou électronique, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements, ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation :
 - changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré, cachet de la poste faisant foi par voie postale, date d'horodatage par voie électronique ou date de réception du mail si envoi par mail ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

A compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'une adhésion par démarchage, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée (par voie postale ou électronique) avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Uniquement dans le cadre d'une adhésion à la garantie eConfort R2 sans l'option Dépendance, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- A la date d'échéance annuelle du contrat (soit le 31 décembre de l'année en cours), par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
- En cas de révision des cotisations, par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

INFORMATIONS PRÉALABLES

Cette étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil en application de l'article L.521-4 du Code des assurances, est nécessaire et obligatoire :

- *Pour vous permettre de mieux nous connaître ;*
- *Pour nous assurer de part et d'autre que vos besoins et objectifs ont bien été pris en compte.*

VOTRE SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE

Civilité : M. Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Adresse :

Code postal :

Ville :

e-mail :

Situation familiale : Marié(e)

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Concubin

Nombre d'enfants à charge fiscale :

Régime Sécurité sociale :

Vos contrats Energie Mutuelle :

Profession :

VOS BESOINS

La présente étude personnalisée a pour objectif de définir de façon claire et précise vos besoins afin de vous proposer le(s) contrat(s) le/les mieux adapté(s) à votre situation et besoin de couverture.

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre/vos contrat(s) garanties.

Vous nous consultez pour bénéficier d'un contrat de santé afin d'améliorer le remboursement de vos frais de santé.

Vos souhaits de garanties sont les suivants :

▪ **Quel est votre besoin en couverture santé ?**

Exprimé sur la « force » du besoin de 1 étoile à 5 étoiles : 1 = besoin le moins important
5 = besoin le plus important

HOSPITALISATION :

CONSULTATIONS :

OPTIQUE :

DENTAIRE :

▪ **Avez-vous un besoin particulier en matière de Dépendance / Perte d'Autonomie ?**

Oui

Non

▪ **Qui souhaiteriez-vous assurer ?**

Vous seul

Toute la famille

VOS CONSEILLERS DISTRIBUTEURS

Energie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro SIREN 419 049 499, dont le siège social est sis 66 avenue du Maine - 75014 PARIS agissant en qualité d'assureur.

Les conseillers d'Energie Mutuelle chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe et d'une partie variable le cas échéant.

NOTRE PRÉCONISATION

Pour répondre au plus près de vos besoins en l'état des informations fournies par vos soins, notamment quant à votre situation personnelle et familiale et des besoins de couverture d'assurance que vous avez exprimés et repris dans la présente fiche d'information et conseil, nous vous préconisons d'adhérer au contrat suivant :



En cas de réclamation, vous pouvez contacter dans un premier temps votre interlocuteur habituel, et, si votre demande ne trouvait pas satisfaction, la réclamation pourra alors être transmise au service Réclamation Energie Mutuelle, 4 rue Fulton, 49000 ANGERS, ou par courrier électronique à l'adresse mail suivante : reclamation@energiemutuelle.com

En cas de persistance de votre réclamation après son traitement par le service Réclamation, vous pouvez vous adresser au médiateur de la consommation de la Mutualité Française pour les litiges qui relèvent de sa compétence, à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr, ou bien, par courrier à Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française, FNMF – 255 rue de Vaugirard, 75019 PARIS Cedex 15.

VOS DÉCLARATIONS

Je reconnais avoir pris connaissance et conservé un exemplaire de la présente fiche d'information et de conseil dont j'atteste l'exactitude du contenu quant aux informations communiquées par mes soins. J'atteste par la présente avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

J'atteste également qu'un exemplaire du/des documents standardisés d'information sur les contrats (IPID) et un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du/de(s) contrat(s) m'ont été remis préalablement à ma signature de la/de(s) demande(s) d'adhésion au(x) contrat(s) ci-dessus proposé(s).

Je reconnais que les préconisations formulées par le conseiller quant au(x) contrat(s) et garanties préconisées sont adaptées aux besoins d'assurance que j'ai exprimé dans la présente étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil.

SIGNATURE

Fait, à _____, le _____

Vous (nom, prénom)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Protection des données

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées que :

Energie Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par courriel à l'adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou par courrier : Energie Mutuelle, Correspondant Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton – 49000 ANGERS.

De ce fait, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post mortem. Vous possédez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motif légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est exercée de manière ciblée.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

J'accepte de recevoir des informations concernant les offres de produits et services de Energie Mutuelle.

La liste des oppositions au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Contacter Energie Mutuelle

Vous souhaitez adhérer à l'une de nos garanties ?



Par téléphone,
nos conseillers
vous répondent du
lundi au vendredi
de 9h à 17h

0 969 32 15 75

Service gratuit
+ prix appel



Par internet,
via l'espace adhérent
adh.energiemutuelle.fr
rubrique « Nous contacter »



Par courrier,
adrezsez votre adhésion à :
Energie mutuelle
66 rue du Maine
75014 PARIS

Vous souhaitez communiquer avec Energie mutuelle ?



Par téléphone,
du lundi au vendredi
de 9h à 17h

0 969 32 37 37

Service gratuit
+ prix appel

Par Internet 24h/24 et 7j/7

via l'espace adhérent **adh.energiemutuelle.fr**
ou via l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google
Play ou App Store, en flashant le QR code :

