

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION FACULTATIVE « CSM LOI EVIN »

Bulletin à retourner :
- par courriel, via www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel » ;
- ou par courrier à :
Mutieg A Asso,
service Adhésion,
47 rue Godot de Mauroy,
75009 PARIS.



Entreprise d'origine : _____

N° d'adhérent CSM : _____

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont **vous-même et vos ayants droit Camieg** (voir définition au verso).

N° de Sécurité sociale	Clé		Nom en lettres capitales	Prénom en lettres capitales	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Membre Participant			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Conjoint			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ^{er} enfant			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 ^e enfant			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	3 ^e enfant			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	4 ^e enfant			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	5 ^e enfant			<input type="text"/>

MES COORDONNÉES

Appt/Etage : Résidence/Bâtiment :

N° et Voie :

Lieu-dit :

Code Postal : Commune : Pays :

Tél. Fixe : Mobile : Mail : @

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

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires :

Par courriel Par courrier à mon domicile Par consultation directement sur mon Espace Adhérent (Par défaut envoi par courriel)

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations :

Par courriel Par courrier à mon domicile Par consultation directement sur mon Espace Adhérent (Par défaut envoi par courriel)

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de la mutuelle.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de la mutuelle.

DOCUMENTS À FOURNIR

Je joins, à mon bulletin d'adhésion :

- Les photocopies de l'attestation de droits Camieg de chacun des membres de la famille (attestation téléchargeable sur le site www.ameli.fr, rubrique "Mon compte ameli" / "Mes démarches").
- Le RIB du compte sur lequel je souhaite recevoir mes remboursements et sur lequel seront prélevées mes cotisations.
- Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant la rupture du contrat de travail (à demander au gestionnaire du contrat de travail ou CSP RH).

Je déclare :
- Avoir répondu aux demandes d'informations avec exactitude et sincérité dans le présent document, et 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 ;
- Avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la Mutuelle et en accepter les dispositions.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, en cas d'adhésion à distance ou de démarchage, vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, et envoyée à l'adresse suivante : Mutieg A Asso, 47 rue Godot de Mauroy – 75009 PARIS.

Date : _____

Signature :

Date d'effet : _____

La date d'effet est le 1^{er} jour du mois en cours à réception du bulletin d'adhésion.



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens

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
45 rue Godot de Mauroy
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

Membre Participant

- Cotisation mensuelle TTC - 1^{re} année : 0,766% de la rémunération principale dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur perçue au cours des 12 mois précédant la rupture du contrat de travail.
- Cotisation mensuelle TTC - 2^e année : 0,958% de la rémunération principale dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur perçue au cours des 12 mois précédant la rupture du contrat de travail.
- Cotisation mensuelle TTC - 3^e année : 1,149% de la rémunération principale dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur perçue au cours des 12 mois précédant la rupture du contrat de travail.

Conjoint et ayants droit

- Cotisation mensuelle TTC - 0,84% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Les ayants droit du Membre Participant sont les personnes mineures ou majeures, bénéficiaires du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, qui étaient garanties ou non, du chef du Membre Participant au moment où il a demandé à adhérer au Règlement Mutualiste, et qui répondent aux conditions ci-dessous. Ces ayants droit sont les suivants :

- Le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin ;
 - L'enfant du Membre Participant ou de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité dont la filiation y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la nation, dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli, et qui est inscrit sous le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale et est :
 - Âgé de 26 ans au plus ;
 - Soit âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} anniversaire ;
 - Soit âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé.
- La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des IEG.

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 droit :

- 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

