# Bulletin Individuel d'Adhésion facultative « Loi Evin »
## Ayants droit d'ouvrant droit décédé

**CSM CCAS** (Couverture Supplémentaire Maladie des salariés conventionnés de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières)

***A retourner à Energie Mutuelle - Service Adhésion***
***45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS***

N° d'adhérent CSM CCAS : **30**

## MA SITUATION FAMILIALE

**Les personnes à déclarer ci-dessous sont les ayants droit couverts précédemment par la garantie CSM CCAS suite au décès du membre participant ouvrant droit salarié de l'entreprise.**

| N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE | | NOM (en capitales) | PRÉNOM (en capitales) | DATE DE NAISSANCE |
|---|---|---|---|---|
| | MEMBRE PARTICIPANT DÉCÉDÉ | | | |
| | CONJOINT | | | |
| | 1er ENFANT | | | |
| | 2e ENFANT | | | |
| | 3e ENFANT | | | |
| | 4e ENFANT | | | |
| | 5e ENFANT | | | |

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre la Camieg et Energie Mutuelle sera automatique. Toutefois, si vos ayants droit sont couverts par la complémentaire santé du conjoint du membre participant décédé et qu'ils souhaitent la faire intervenir en premier, avant la CSM CCAS « Loi Evin », vous devez refuser cette télétransmission en cochant la case ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie Mutuelle.
Je refuse la télétransmission : ☐ Pour mes ayants droit

## MES COORDONNÉES

ADRESSE POSTALE :

Appt/Etage : Résidence / Bâtiment :

N° et voie :

Lieu-dit :

Code postal : Ville :

@ 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)*
Je souhaite recevoir mes informations réglementaires :
☐ par courriel ☐ par courrier à mon domicile *(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.

TÉL. DOM. : FAX : 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

## DOCUMENTS À FOURNIR

**Je joins, à mon bulletin individuel d'adhésion facultative :**
- **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 le décès du salarié (à demander au gestionnaire du contrat de travail) ;**
- **La photocopie de mon attestation papier de droits Camieg (attestation téléchargeable sur le site www.ameli.fr, rubrique « Mon compte ameli » / « Mes démarches »).**

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»), je joins un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.
Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et avoir ainsi décrit la composition exacte de ma famille à inscrire pour la CSM CCAS et m'engage à déclarer toute modification de ma situation familiale et de mes coordonnées.
Je certifie avoir pris connaissance du Règlement Mutualiste CSM CCAS Loi Evin, du Règlement Intérieur et des Statuts d'Energie Mutuelle.
Conformément à la loi, vous disposez d'un délai de trente jours calendaires, dans le cadre d'une adhésion à distance, à compter de la date où l'adhésion a pris effet ou en cas de démarchage, à compter de la signature du bulletin d'adhésion, pour renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à l'adresse suivante : Energie Mutuelle, 45 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS
**La date d'effet est le 1er jour du mois en cours à réception de l'information du décès du salarié. Le cas échéant, joindre une copie de l'acte de décès.**

DATE :

SIGNATURE

Suite au verso

Energie MUTUELLE

# Bulletin Individuel d'Adhésion facultative « Loi Evin »
## Ayants droit d'ouvrant droit décédé

**CSM CCAS** (Couverture Supplémentaire Maladie des salariés conventionnés de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières)

## 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 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».*

**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**

**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.*

**Désignation du compte à débiter**

**IBAN** (International Bank Account Number)

**BIC / SWIFT** (Bank Identifier Code) ☑ Prélèvements récurrents

## VOTRE COTISATION

| | |
|---|---|
| Cotisation mensuelle TTC - 1re année : | - Famille : 1,970% de la rémunération principale dans la limite du PASS*<br>- Isolé : 1,117% de la rémunération principale dans la limite du PASS* |
| Cotisation mensuelle TTC - 2e année : | - Famille : 2,463% de la rémunération principale dans la limite du PASS*<br>- Isolé : 1,396% de la rémunération principale dans la limite du PASS* |
| Cotisation mensuelle TTC - 3e année : | - Famille : 2,955% de la rémunération principale dans la limite du PASS*<br>- Isolé : 1,676% de la rémunération principale dans la limite du PASS* |

**PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (39 732€ en 2018) perçue au cours des 12 mois précédant le décès du salarié.*

**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 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 6 JANVIER 1978 ET RÈGLEMENT GÉNÉRAL EUROPÉEN SUR LA PROTECTION DES DONNÉES DU 27 AVRIL 2016**
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

**DÉCRET N° 2017-372 DU 21 MARS 2017**
Article 1 – Les tarifs applicables aux personnes adhérentes à la garantie CSM CCAS Loi Evin, sont plafonnés, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; et la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

**MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION**
Madame, Monsieur,
Je soussigné(e) (Nom) ....., (Prénom) ....., demeurant (Adresse) .....,
déclare renoncer à mon adhésion (Numéro d'adhésion : .....) à la Mutuelle Energie Mutuelle conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité.
J'ai adhéré à distance/suite à un démarchage à cette garantie le .....
En conséquence, je vous prie de bien vouloir me rembourser les cotisations déjà versées dans le délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.
Le ..... /..... /..... , à ..... Signature :

**www.energiemutuelle.fr**
45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - 4 rue Fulton 49000 ANGERS - Tél. : 0 969 32 37 37
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

Copyright Energie Mutuelle-2018. Ce document est la propriété d'Energie Mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 24/09/2018