

VOTRE GARANTIE

UNE OPTION FACULTATIVE

	<input checked="" type="checkbox"/> SÉRÉNITÉ	<input type="checkbox"/> eSODELI	<input type="checkbox"/> eCORT	<input type="checkbox"/> SODELI	<input type="checkbox"/> CORT
Couverture santé	Renfort +	Renfort +	Renfort ++	Renfort +	Renfort ++
Garantie Perte d'Autonomie/Dépendance*	✗	✗	✗	✗	✗
Assistance – Energie Mutuelle Services	✓	✓	✓	✓	✓
Téléconsultation Médicale	✓	✓	✓	✓	✓
Deuxième Avis Médical	✓	✓	✓	✓	✓

* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 28-3 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

RÉFÉRENCE ADHÉRENT : 30

EFFET : 0 1 2 0

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire

	N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE	NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	SEXE M F	RÉGIME*	DATE DE NAISSANCE
ADHÉRENT						
CONJOINT / PARTENAIRE / CONCUBIN						
1 ^{er} ENFANT						
2 ^e ENFANT						
3 ^e ENFANT						

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale (Noemie), cocher cette case

* RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :
- Assuré Camieg : 1

@ 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 : _____

Date d'effet souhaitée de l'adhésion (cf. verso) : _____

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie Sérénité, l'adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste sur le site www.energiemutuelle.fr/documents-reglementaires-serenite, ainsi que la réception de la fiche d'information normalisée sur le produit d'assurance 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 dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion en renonçant par lettre recommandée papier ou électronique avec accusé de réception papier ou électronique.
- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).
- J'atteste sur l'honneur être affilié à la caisse 939 CAMIEG.

- 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.

Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.

SIGNATURE

Date : _____

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 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.

Bulletin d'adhésion

Energie Mutuelle vous remercie de votre confiance.

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, merci de bien vouloir remplir votre bulletin d'adhésion au recto et de joindre l'ensemble des pièces demandées ci-après.

Nous vous remercions d'adresser votre dossier complet aux coordonnées ci-dessous :



Par **courriel** à
adherer@energiemutuelle.fr

OU



Par **courrier** à
Energie Mutuelle
45 rue Godot de Mauroy
75009 PARIS

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

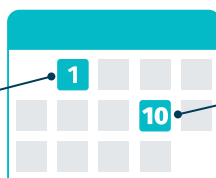
- Le bulletin d'adhésion au recto : renseignez toutes les rubriques demandées.

- Le mandat de prélèvement SEPA toujours accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).



DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

- 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 ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.



PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

- Les prélèvements automatiques mensuels auront lieu le 10 de chaque mois pour le mois en cours.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- Par virement automatique sur le compte bancaire.
- A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.



Attention, tout dossier incomplet retarde votre adhésion !

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

DIRECTIVE [UE] SUR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE 2016/97 DU 20 JANVIER 2016

Nos conseillers en assurance sont rémunérés par Energie Mutuelle pour la distribution de votre contrat d'assurance.

La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.