

## RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Référence adhérent 30 \_\_\_\_\_ Effet 0 | 1 | | | 2 | 0 | | |  
 Versement \_\_\_\_\_ €

GARANTIE CHOISIE

<input type="checkbox"/> ÉQUILIBRE AM	<input type="checkbox"/> eÉQUILIBRE AM
<input type="checkbox"/> CONFORT AM	<input type="checkbox"/> eCONFORT AM

**AVEC** Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical  
**+ Assistance Dépendance\***

**AVEC** Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical  
**SANS Assistance Dépendance\***

AM : Vous n'avez pas de complémentaire santé  
 \* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 28-3 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

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	_____					.... /.... /....
1 <sup>er</sup> enfant	_____					.... /.... /....
2 <sup>e</sup> enfant	_____					.... /.... /....
3 <sup>e</sup> enfant	_____					.... /.... /....
4 <sup>e</sup> enfant	_____					.... /.... /....

Mon conjoint est salarié ou retraité des Industries Electriques et Gazières et adhérent sous la référence adhérent : 30 \_\_\_\_\_

**RÉGIME**

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :

- Assuré social au Régime Général : 1
- Travailleurs Non Salariés : 2
- Autres (MSA - SNCF - Alsace-Moselle - etc.) : 3

**POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS**

Adhésion au Contrat Loi Madelin \*\*

\*\* Lorsque la mention « Contrat Loi Madelin » est cochée, la présente adhésion entraîne l'adhésion à l'Association Nationale de la Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI), sans incidence sur le montant de votre cotisation santé.

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 .....

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie Préférence, l'adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste sur le site <https://www.energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne>, l'annexe relative aux frais de gestion, 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).
- 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.

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

\_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

Date

ICS : FR57ZZZ426075

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA** (Single Euro Payments Area)

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.

<b>TITULAIRE DU COMPTE</b> Nom, prénom ..... Adresse ..... Code postal ..... Ville ..... Pays .....	<b>NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER</b> ENERGIE MUTUELLE 66 avenue du Maine 75014 Paris	<b>SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER</b>   
---	---	---

**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

## POUR LES CONJOINTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET DES RETRAITÉS DES IEG

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 **adhérer@energiemutuelle.fr**

OU

 par courrier à **Energie Mutuelle**  
66 avenue du Maine - 75014 Paris

### RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

Le bulletin d'adhésion au recto :

Renseignez l'option que vous souhaitez souscrire en cochant l'une des cases.

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'Epargne (RICE).

### CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Vous pouvez retrouver le numéro de votre caisse de Sécurité sociale sur votre attestation de droits à l'assurance maladie.

Ce document est accessible sur le site **ameli.fr**.  
Votre numéro de caisse correspond aux 5 premiers chiffres de votre organisme de rattachement Sécurité sociale. Sur l'exemple ci-dessous, **il s'agit du 01751**.

Attestation de droits à l'assurance maladie  
Valable du 01/02/2019 au 31/01/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires à domicile)	modulation du ticket de séjour
01 751 0541		01751054100000000000	
Bénéficiaires (nom de famille sans d'un éventuel nom d'usage)		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	(né(e) le/vers)
DUPONT JEAN à déclarer un médecin traitant		1 71 03 75 015 082 12	14/03/1971 1

### DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

**le 1<sup>er</sup>**

La date d'effet de l'adhésion est le **1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois suivant.

### PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

**le 10**

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

**+ RIB**

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- Par virement automatique sur le compte bancaire.
- À 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**

**LOI N° 89-10009 DU 31 DÉCEMBRE 1989**  
Article 9 – Les remboursements ou les indemnités 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 N° 2018-493 DU 20 JUIN 2018 RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**  
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](mailto: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.

## ANNEXE « FRAIS DE GESTION »

Cette annexe d'information légale vous informe, selon l'arrêté du 6 mai 2020, des frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les services inclus tels que le réseau de soins KALIXIA ou les services de télémédecine, le tiers-payant et la télétransmission automatique des décomptes.

Pour l'année 2019, **au titre de l'ensemble des contrats frais de santé** assurés par Energie Mutuelle :

- le **taux de redistribution** s'élevait à **74,68 %**.

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des **frais de gestion**, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à **21,50 %**.

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

**Le montant des frais de gestion correspond à un montant de 2,82€ / mois par membre bénéficiaire souscripteur d'un contrat.**

Pour toute question, votre mutuelle est à votre disposition et vous remercie de votre confiance.