

Les parties sur fond coloré sont réservées à la Mutuelle

RÉFÉRENCE ADHÉRENT : 30

EFFET : 0 1 2 0

VERSEMENT : €

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

| N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE | NOM (en capitales) | PRÉNOM (en capitales) | SEXE<br>M F                                       | RÉGIME | DATE<br>DE NAISSANCE |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|---|--------|----------------------|
| ADHÉRENT                            |                    |                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |        |                      |
| CONJOINT                            |                    |                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |        |                      |
| 1 <sup>er</sup> ENFANT              |                    |                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |        |                      |
| 2 <sup>e</sup> ENFANT               |                    |                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |        |                      |
| 3 <sup>e</sup> ENFANT               |                    |                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |        |                      |

### RÉGIME

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :

- Assuré social 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 :

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. :

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

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à Energie Mutuelle dont la fiche d'information normalisée sur le produit d'assurance, les Statuts, Règlement Intérieur et Règlement Mutualiste m'ont été communiqués.

- Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute modification de ma situation personnelle et de mes coordonnées.

- Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la mutuelle et en particulier à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service Noémie (transmission automatique des décomptes Sécurité sociale). Dans le cas contraire, j'informe par écrit le Service Adhésion de mon refus.

- Je dispose d'un délai de rétractation d'un mois à compter de la date d'enregistrement du présent bulletin d'adhésion.

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

- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

DATE :

SIGNATURE

## 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

## POUR LES PERSONNES EXTÉRIEURES AUX IEG

Energie Mutuelle vous remercie de votre confiance.

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

### RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

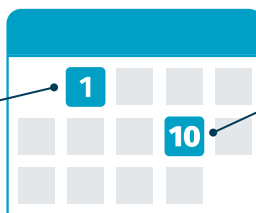
- Le bulletin d'adhésion au recto : renseignez toutes les rubriques demandées.

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

- Les photocopies de l'attestation papier de la carte Vitale de chacun des membres de la famille.
- Eventuellement, le chèque correspondant à la cotisation du mois d'inscription à l'ordre d'Energie Mutuelle qui permet d'éviter un premier prélèvement de deux mois lié aux délais de traitement.

### DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

• 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 (cachet de la poste faisant foi) ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1<sup>er</sup> 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 !**

#### 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'indemnité 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](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr)