

# BULLETIN D'ADHÉSION FACULTATIVE

## « SALARIÉS SANS SOLDE »

### COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM DES IEG)

Bulletin à retourner :

- par courriel, via [www.energiemutuelle.fr/mutiegA](http://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 : \_\_\_\_\_

(cf. liste des entreprises [www.energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2](http://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2))

N° d'adhérent CSM :

### MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont vous-même et vos ayants droit rattachés à la Camieg (enfant(s) à charge et conjoint à faibles ressources. Voir définition au verso)

Attention : si votre conjoint est également salarié d'une entreprise de la Branche des IEG, déclarez uniquement dans le tableau ci-dessous vos enfants ayants droit inscrits sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg.

Si vos enfants sont couverts à titre obligatoire par ailleurs, vous avez la possibilité de ne pas les déclarer et de ne pas cotiser à la CSM pour eux.

| N° de Sécurité sociale | Clé                  | Catégorie                        | 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 / Partenaire / Concubin |                          |                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | 1 <sup>er</sup> enfant           |                          |                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | 2 <sup>e</sup> enfant            |                          |                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | 3 <sup>e</sup> enfant            |                          |                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | 4 <sup>e</sup> enfant            |                          |                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | 5 <sup>e</sup> enfant            |                          |                             | <input type="text"/> |

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre Camieg et MUTIEG A ASSO sera automatique.

Toutefois, si vous et/ou l'un de vos ayants droit êtes couverts par la complémentaire santé de votre conjoint et que vous souhaitez la faire intervenir en premier, avant la CSM obligatoire, vous devez refuser cette télétransmission en cochant la ou les case(s) ci-dessous.

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale (Noemie), cocher la/les case(s) :  Pour moi-même  Pour mes ayants droit

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter MUTIEG A ASSO.

### MES COORDONNÉES

Appt/Etage :  Résidence/Bâtiment :

N° et Voie :

Lieu-dit :

Code Postal :  Commune :  Pays :

Tél. Fixe :  Mobile :  Mail :

[bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr) : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur ce site.

Les relevés de prestations vous seront adressés par courriel et seront également téléchargeables dans votre Espace Adhérent : [adh-mutiega.energiemutuelle.fr](mailto:adh-mutiega.energiemutuelle.fr)

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

Je choisis le prélèvement automatique de mes cotisations :

Mensuellement et d'avance (le 10 du mois concerné)  Trimestriellement et d'avance (le 10 du premier mois du trimestre concerné)

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 à envoyer à l'adresse suivante : Mutieg A Asso, 47 Rue Godot de Mauroy - 75009 Paris. »

### DOCUMENTS À FOURNIR

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CSM, l'adhésion à MUTIEG A ASSO pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et de la Notice d'Information sur le site [www.energiemutuelle.fr/mutiegA/docs-info-rglm-csm](http://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/docs-info-rglm-csm), 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 d'avoir ainsi décrit la composition exacte de ma famille à inscrire à la CSM et m'engage à déclarer toute modification de ma situation familiale et de mes coordonnées auprès de MUTIEG A ASSO à l'aide du formulaire de modification.

Je 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.

- 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 être affilié, ainsi que mes ayants droit, à la caisse 939 CAMIEG.

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 ») d'une des personnes déclarées ci-dessus, je joins un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.

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.

Date :

Signature :

Date d'effet :

La date d'effet est le 1er jour suivant la suspension du contrat de travail.

# 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 : .....

ENERGIE MUTUELLE  
66 avenue du Maine  
75014 PARIS

## Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number)

.....

BIC/SWIFT (Bank Identifier Code)

.....

Prélèvements récurrents

Fait à : .....

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

Cotisation annuelle « isolé » TTC : 0,877 % de la rémunération principale dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité sociale\* en vigueur perçue au cours des 12 derniers mois avant la suspension du contrat de travail.

Cotisation annuelle « famille » TTC : 1,550 % de la rémunération principale dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité sociale\* en vigueur perçue au cours des 12 derniers mois avant la suspension du contrat de travail.

\*PMSS 2020 : 3 428 euros.

## DÉFINITION DES AYANTS DROIT

**Ayants droit couverts à titre obligatoire :** Les ayants droit bénéficiaires des garanties de frais de santé sont les personnes bénéficiaires du Régime spécial des IEG géré par la Camieg (part de base et / ou complémentaire) désignées par le Membre Participant sur son bulletin individuel d'affiliation et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :

- le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le Régime spécial des IEG,
- l'enfant célibataire du Membre Participant à la charge de l'ouvrant droit, 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 :
  - âgé de 26 ans au plus,
  - ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21e anniversaire,
  - ou 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 Industries Électriques et Gazifiées.

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