Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

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

À remettre à votre gestionnaire de contrat de travail

Date d'embauche : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de salarié (matricule figurant sur votre fiche de paie) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 conventionné de la CCAS, déclarez uniquement dans le tableau ci-dessous vos enfants ayants droit inscrits sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg.

	N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE	NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	SEXE M – F	DATE DE NAISSANCE
Membre participant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		..... /..... /.....
Conjoint	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....
1er enfant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....
2e enfant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....
3e enfant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....
4e enfant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....
5e enfant	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....		.... /..... /.....

(au-delà du 5e enfant, compléter au verso)

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre la Camieg et Energie Mutuelle 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 CCAS obligatoire, vous devez refuser cette télétransmission en cochant la ou les case(s) ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie Mutuelle.
Je refuse la télétransmission : ☐ Pour moi-même ☐ Pour mes ayants droit

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 .....

DOCUMENTS À FOURNIR

• Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CSM CCAS, l'adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de la notice d'information sur le site **energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne** 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 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.
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.

• Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).
• Les photocopies de l'attestation papier ou électronique des droits CAMIEG de chacun des membres de la famille.
Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.
☐ 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE

CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE

Suite au verso

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

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

N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	SEXE M – F	DATE DE NAISSANCE
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	6e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	7e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	8e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	9e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	10e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	11e enfant	.....	.....		..... /..... /.....
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	12e enfant	.....	.....		..... /..... /.....

***Définition des ayants droit**

Les ayants droits bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes telles que désignés à l'article 3 de l'accord du 21 décembre 2010 modifié par l'avenant en date du 8 novembre 2011, bénéficiaires du Régime complémentaire géré par la Camieg désignées par le Membre Participant sur son bulletin individuel d'affiliation et dont les ressources annuelles déclarées lors de l'exercice fiscal précédent, sont inférieures ou égales à 1560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC, à savoir les personnes mineures et les personnes majeures définies ci-après :

- 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 mineur et majeur, du Membre Participant ou de son conjoint ou de son conjoint séparé, ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS inscrits sur le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ; dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la Nation dont le Membre Participant 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 des Industries Electriques et Gazières.

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**

Copyright d'Energie mutuelle 2022. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 08_EM_CSM_CCAS_IND_BIA-20220323