Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Formulaire de modification de situation familiale - P1

CSM (COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE)

A transmettre à Energie mutuelle

RÉFÉRENCE ADHÉRENT 30 |_|_|_|_|_|_|

Je soussigné(e)

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

demande :

＋ L'ADHÉSION DE MON AYANT DROIT* RATTACHÉ À LA CAMIEG (Enfant(s) à charge et conjoint à faibles ressources) : ☐

Si votre conjoint, ou votre enfant, est couvert à titre obligatoire par ailleurs, vous avez la possibilité de ne pas le déclarer et de ne pas cotiser pour lui à la CSM.
Si votre conjoint est également salarié d'une entreprise de la branche des IEG, déclarez votre enfant uniquement s'il est inscrit sous votre propre numéro de Sécurité sociale Camieg ; si votre enfant est inscrit à la fois sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg et sous celui de votre conjoint, seul l'un d'entre vous devra l'affilier à la CSM.

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de Sécurité sociale :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

☐ Conjoint ayant droit Camieg à la date** du |_|_|_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

☐ Enfant ayant droit Camieg à la date** du |_|_|_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

(ex : dans le cas d'une naissance, indiquer la date de naissance de l'enfant)

Joindre la photocopie de l'attestation papier de droits Camieg de l'ayant droit concerné.

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»), je joins un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.

** L'ayant droit déclaré ci-dessus bénéficie des prestations de la CSM à compter de cette date. Attention, si vous déclarez votre ayant droit plus de 6 mois après cette date, les dépenses de santé engagées avant ce délai de 6 mois ne seront pas remboursées par la CSM.

✕ LA RADIATION DE MON AYANT DROIT* : ☐

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de Sécurité sociale :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Date de radiation de mon ayant droit : |_|_|_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Joindre une copie du formulaire type téléchargeable dans l'Espace CSM Salariés du site Internet de Energie mutuelle (www.energiemutuelle.fr/mutiegA) et intitulé « Formulaire de demande de dispense d'affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), au choix du salarié statutaire, pour ses ayants droits couverts par ailleurs au titre de l'article D.911-3 du Code de la Sécurité sociale » et dûment complété par le salarié, ou une attestation de fin de droits Camieg.

Cette demande est à transmettre :
- **via votre Espace personnel : adh.energiemutuelle.fr, rubrique « Nous contacter » puis « Transmettre un document »**
- ou par courrier à **Energie mutuelle** - Service Adhésion CSM, 66 avenue du Maine 75014 PARIS.

Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute nouvelle modification de ma situation familiale.
J'ai pris connaissance de la notice d'information CSM.

***Définition des ayants droit**

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 Gazières.

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_| **SIGNATURE**

Copyright Energie mutuelle 2024. Ce document est la propriété de Energie mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. autorisation.MAA_11_MOD_SITFAM_P1_CSM_FORM-20240118