



INTÉRIALE

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Agents relevant de la FPT

REF/ADBIA/CDGFPT06/854



Réf WTW :

Date d'effet (JJMMAAAA)

- Options for affiliation and radiation of the member or beneficiary.

N° adhérent : En cas de modification de votre adhésion, rappelez simplement vos nom, prénom, n° d'adhérent et complétez les champs concernés

Autre modification :

Nom Etablissement

Veuillez indiquer votre statut actuel :

- Actif
Retraité – joindre Mandat SEPA

Veuillez indiquer le régime choisi :

- Régime 1
Régime 2
Régime 3

ADHERENT

M MME

NOM PRENOM

NOM DE NAISSANCE Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale N° organisme de rattachement Sécurité sociale

Ce numéro qui apparaît en haut à gauche de votre attestation vitale, nous permet de mettre en place la télétransmission avec votre organisme de Sécurité sociale. A défaut, merci de nous joindre la copie de votre attestation.

Adresse

Code Postal Commune Pays

Téléphone E-mail @

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission entre la Sécurité sociale et Willis Towers Watson France, veuillez cocher la case Vous êtes adhérent à une offre individuelle Intériale Non Oui – Indiquez le numéro.....

CONJOINT(E) / CONCUBIN(E) / PACSE(E) A AFFILIER (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

M MME

NOM PRENOM

NOM DE NAISSANCE Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale N° organisme de rattachement SS (1)

Conjoint(e) Concubin(e) Pacsé(e) Bénéficiant d'une autre mutuelle *

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission entre la Sécurité sociale et Willis Towers Watson France, veuillez cocher la case

(1) : le n° de Sécurité sociale à indiquer pour vos ayants droit est le n° de Sécurité sociale auquel ils sont rattachés pour mettre en place les échanges de données informatisés avec la Sécurité sociale (pour un enfant, il peut être celui de la mère ou du père).

* Si vous affiliiez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case "bénéficiant d'une autre mutuelle". ATTENTION : ils ne pourront bénéficier ni de la télétransmission ni du tiers payant avec Willis Towers Watson France, nous interviendrons en complément de leur mutuelle.



AYANTS DROIT A AFFILIER (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

ENFANT(S) OU AYANTS DROIT A CHARGE

NOM N° Sécurité sociale
 PRENOM N° organisme de rattachement
 F H Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Double rattachement ⁽²⁾ Bénéficiaire d'une autre mutuelle

NOM N° Sécurité sociale
 PRENOM N° organisme de rattachement
 F H Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Double rattachement ⁽²⁾ Bénéficiaire d'une autre mutuelle

NOM N° Sécurité sociale
 PRENOM N° organisme de rattachement
 F H Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Double rattachement ⁽²⁾ Bénéficiaire d'une autre mutuelle

Pour les familles de plus de 3 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

(1) : le n° de Sécurité sociale à indiquer pour vos ayants droit est le n° de Sécurité sociale auquel ils sont rattachés pour mettre en place les échanges de données informatisés avec la Sécurité sociale (pour un enfant, il peut être celui de la mère ou du père).

(2) : En cas de rattachement aux n° SS des deux parents assurés au contrat, cochez la case double rattachement SS et ne pas renseigner le n° de Sécurité Sociale.

PIECES A JOINDRE

- Photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire
- Copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie pour le membre participant et l'ensemble des ayants droit : carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour d'étranger ou le cas échéant, livret de famille ou acte de naissance pour les mineurs
- Un relevé d'identité bancaire IBAN-RIB
- Un justificatif de domicile pour les personnes liées par un PACS ou en concubinage
- Justificatif pour les enfants de plus de 18 ans (étudiant, ...)
- Mandat SEPA (uniquement pour retraités)
- Le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie
- Le cas échéant, le mandat de résiliation de l'organisme d'assurance mandaté par l'intermédiaire de son délégataire de gestion Willis Towers Watson France

Je souhaite recevoir des communications et informations relatives aux services (actualités, infos pratiques, services innovants ...) de la part de Willis Towers Watson France

FACULTE DE RENONCIATION A L'ADHESION

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à WILLIS TOWERS WATSON France / Intériale – TSA 91005 - 69303 LYON CEDEX 07

Exemple de lettre de renonciation :

« Je, soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu auprès de Willis Towers Watson France. Faite à ___ le ___ . »

INFORMATIONS LEGALES

Nous vous informons que les données à caractère personnel que Willis Towers Watson France recueille dans le cadre du présent bulletin d'adhésion sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Pour la gestion de votre contrat, ces données peuvent être transmises aux organismes de Sécurité Sociale et/ou de tiers payant. Elles peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils et à nos prestataires et sous-traitants. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. Vos données personnelles sont également susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la gestion de tout litige éventuel ainsi que de la lutte contre la fraude à l'assurance, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la réalisation d'études, de prévention des risques et de statistiques.

Enfin, à défaut d'opposition expresse de votre part, Willis Towers Watson France pourra vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de sa résiliation, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour Willis Towers Watson France, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par l'envoi d'un courrier à l'attention de Willis Towers Watson France - Délégué à la Protection des Données - Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex ou par l'envoi d'un email à l'adresse suivante : informatique.libertes@grassavoye.com. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

Les mentions obligatoires visées par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé portant sur la communication des frais de gestion et la faculté de Résiliation Infra Annuelle (la loi RIA) et son arrêté du 6 mai 2020 sont portées en annexe du présent document.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, si vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

Tous les champs de ce formulaire correspondant à votre situation sont obligatoires et doivent être complétés.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "je donne mon accord pour le précompte de la cotisation sur mon salaire"

Cachet de l'établissement

Fait à _____ Le _____

Ce document est à retourner dûment complété, signé par l'adhérent et cacheté par l'employeur à : WILLIS TOWERS WATSON France – Intériale – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07 | fr.santeprev.gsb@wtwco.com