

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE

REF/ADBI/HOPITAUX PRIVES DE METZ

Date d'effet (JJMMAAAA)



Affiliation de l'adhérent ☐

Radiation d'un ayant droit ☐

N° adhérent :

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

Affiliation d'un ayant droit ☐

Autre modification :

Veuillez indiquer le régime de Sécurité Sociale auquel vous êtes rattaché : Régime Général ☐ Régime Local ☐ Régime Mixte (RG/RL) ☐

☐ Je n'adhère pas au régime de frais de santé (dispense d'adhérer)

Joindre impérativement le justificatif de dispense qui devra être validé par le service RH

☐ J'adhère au régime de frais de santé. Veuillez indiquer l'option retenue :

- ☐ Régime de BASE
- ☐ Option TRANQUILLITE
- ☐ Option BIEN ETRE

Je souhaite adhérer en : ☐ Isolé ou ☐ Famille

En complément du régime de base ou de l'option, je souhaite souscrire pour minimum 2 ans à la Surcomplémentaire : ☐ Oui ☐ Non
(ne pas oublier de compléter le mandat sepa individuel afin de prélever la cotisation sur votre compte bancaire)

ADHERENT

M ☐ MME ☐

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale

N° organisme de rattachement Sécurité sociale

N° de matricule

correspond au numéro de matricule interne de votre entreprise

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 ☐

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) ☐

Bénéficiaire 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 affiliez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case "bénéficiaire 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 ☐

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 4 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 informatisées 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

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit. Vous pouvez la télécharger sur www.ameli.fr ou sur les bornes de service des centres de Sécurité sociale.
- Un RIB/IBAN à votre nom. Un mandat SEPA dans le cadre d'une cotisation individuelle sera à joindre.

Et éventuellement :

- Conjoint(e) / Concubin(e) / PACSé(e) : le justificatif de concubinage ou PACS (certification de vie maritale, attestation sur l'honneur, etc.).
- Enfant(s) de 19 ans et plus continuant leurs études : le certificat de scolarité ou un justificatif d'apprentissage ou être à la recherche d'un premier emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois.
- Enfant(s) de 19 ans et plus handicapé(s) : une attestation d'allocations handicap (sous réserve que cette allocation leur a été attribué avant leur 21 ans).

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

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, 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 "lu et approuvé"

Cachet de l'entreprise

Fait à

Le