



**BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
OU DE MODIFICATION AU CONTRAT
FRAIS DE SANTE METROPOLITAIN**

REF WTW 51/46472
REF/ADBI/BOUYGUES/393/NOISY



Numéro de SIRET :

Nom de la société :

(Cadre réservé à l'employeur)

N° Matricule :

☐ **Création de
l'affiliation**

☐ **Modification de l'affiliation :**

- ☐ Ajout d'ayant(s) droit
- ☐ Radiation d'ayant(s) droit
- ☐ Retour congé sans solde (parental, sabbatique...)

☐ **Changement de situation :**

- ☐ Régime Général => Régime Alsace Moselle
- ☐ Retour d'expatriation et affiliation au contrat frais de santé métropolitain
- ☐ Détaché avec majoration de cotisation, zones 2 et 4
- ☐ Détaché sans majoration de cotisation, zones 1 et 3
- ☐ Régime Alsace Moselle => Régime Général
- ☐ Retour de détachement

Date d'effet de la création ou de la modification pour :

- ☐ Collaborateur
- ☐ Conjoint/Concubin/Pacs
- ☐ Enfant(s)

AFFILIATION DU SALARIE

M ☐ MME ☐

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale

N° organisme de rattachement
Sécurité sociale

Régime Général ☐ Régime Alsace-Moselle ☐

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 du salarié

Code Postal

Commune

Pays

Téléphone

E-mail

@

En renseignant votre adresse mail, nous vous informons par mail dès qu'un remboursement est effectué sur votre compte

Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission directe entre la Sécurité sociale et Willis Towers Watson France (procédure NOEMIE (*)) ☐



☐ H ☐ F

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale

N° organisme de rattachement Sécurité sociale

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

ENFANT(S) A CHARGE OU ASCENDANTS A CHARGE

NOM

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

PRENOM

N° organisme de rattachement SS

☐ H ☐ F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Double rattachement⁽²⁾

☐

Bénéficiaire d'une autre mutuelle ⁽³⁾

☐

NOM

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

PRENOM

N° organisme de rattachement SS

☐ H ☐ F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Double rattachement⁽²⁾

☐

Bénéficiaire d'une autre mutuelle ⁽³⁾

☐

NOM

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

PRENOM

N° organisme de rattachement SS

☐ H ☐ F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Double rattachement⁽²⁾

☐

Bénéficiaire d'une autre mutuelle ⁽³⁾

☐

NOM

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

PRENOM

N° organisme de rattachement SS

☐ H ☐ F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Double rattachement⁽²⁾

☐

Bénéficiaire d'une autre mutuelle ⁽³⁾

☐

Pour les familles de plus de 4 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez avec celui-ci.

(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.

(3) : Si vos ayants droit ont leur propre mutuelle, cochez la case « bénéficiaire d'une autre mutuelle ». **Dans ce cas, ils ne bénéficieront ni de la télétransmission ni du tiers payant avec Willis Towers Watson France, nous interviendrons en complément de leur mutuelle.**

(*) NOEMIE : La télétransmission par NOEMIE est une procédure d'échanges informatiques qui permet aux personnes affiliées au régime général de la Sécurité sociale, de la Mutualité Sociale Agricole et des régimes spéciaux d'être remboursées sans avoir à envoyer leurs décomptes.

Les ayants-droits couverts par leur propre assurance frais de santé ne peuvent pas en bénéficier, la noémisation se réalisant avec ce premier organisme. Votre compte AMELI vous permet de savoir avec quel organisme vous êtes « Noémisé ».

Willis Towers Watson France sera informé par télétransmission du détail de vos prestations Sécurité sociale (frais médicaux et indemnités journalières). Un message apparaîtra sur les décomptes transmis par votre Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à la Commission Nationale Informatique des Lois et Libertés (loi du 06.01.78), vous pouvez renoncer à la télétransmission. Dans ce cas, veuillez-nous le notifier par écrit.



OPTIONNEL
BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
CONJOINT EN 2ème RANG &
SURCOMPLEMENTAIRE

REF WTW 51/46472
REF/ADBIA/BOUYGUES/393/NOISY



IMPORTANT

Pour confirmer votre adhésion aux options, vous devez impérativement adresser les pages 3 & 4 de ce document à WTW.

COMMENT FAIRE ?

OPTION 1 – Déposez ce document dans la messagerie de l'Espace Assuré Witiwi.fr (vous allez recevoir un email de bienvenue vous permettant de créer votre compte)

OPTION 2 – Adressez ce document par courrier à l'adresse suivante : WTW Santé – TSA 84 256 – 77 283 Avon Cedex

IDENTITE DU SALARIE

NOM

PRENOM

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

CONJOINT / CONCUBIN / PACSE A AFFILIER - EN COMPLEMENT DE LA MUTUELLE DE SON EMPLOYEUR

☐ H ☐ F

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale ⁽¹⁾

N° organisme de rattachement SS

NB : La mutuelle Bouygues interviendra en complément de la mutuelle d'entreprise de votre conjoint. La mutuelle de votre conjoint conserve la télétransmission avec la Sécurité sociale. Vous devrez adresser le décompte de mutuelle de votre conjoint pour obtenir le remboursement complémentaire de votre éventuel reste à charge.

ADHESION A LA SURCOMPLEMENTAIRE

L'adhésion à la surcomplémentaire est facultative, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par Willis Towers Watson France.

☐ Je souhaite adhérer à la surcomplémentaire (mes enfants à charge et mon conjoint n'ayant pas accès à une mutuelle d'entreprise via son Employeur seront automatiquement affiliés).

☐ Je souhaite adhérer à la surcomplémentaire avec mon conjoint adhérent à la mutuelle Bouygues en second rang (mes enfants à charge seront automatiquement affiliés).

NB : pour le prélèvement de la cotisation, merci de compléter et signer le mandat SEPA.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire)

Le créancier : **Willis Towers Watson France** – N° ICS : **FR39ZZZ000957**

La Référence Unique du Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement.

Type de Prélèvement : Récurrent.

Conformément à la réglementation SEPA en vigueur, un courrier vous rappelant les montants et dates de vos prélèvements, vous sera adressé au plus tard 5 jours avant le prélèvement.

J'autorise **Willis Towers Watson France** à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de **Willis Towers Watson France**.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date du débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Pour toute nouvelle souscription, le débiteur doit joindre ce mandat de prélèvement SEPA à son bulletin d'adhésion et les transmettre au créancier dûment complétés et signés.

Coordonnées de l'adhérent-assuré

Nom :

Prénom :

Adresse :
(N° et nom de la rue)

Code Postal :

Commune

A remplir uniquement dans le cas où le débiteur est différent de l'adhérent-assuré

Nom* :

Prénom* :

* Nom et prénom du titulaire du compte

Adresse :
(N° et nom de la rue)

Code Postal :

Commune :

Compte à débiter

BIC :

IBAN :

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre du présent mandat sont nécessaires pour l'encaissement des cotisations liées à votre contrat. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat. Vos informations sont uniquement destinées à Willis Towers Watson France, et à votre banque. 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.

Conformément à la réglementation relative aux données personnelles, vous bénéficiez de droits d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et à la portabilité des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en justifiant de votre identité par courrier électronique à l'adresse fr.informatique.libertes@wtwco.com, ou par voie postale à l'adresse suivante : Willis Towers Watson France, – Délégué à la Protection des Données - Tour Hekla 52 Avenue du Général de Gaulle 92800 Puteaux. 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.

Je donne mon accord au mandat de prélèvement SEPA figurant ci-dessus dont je reconnais avoir pris connaissance.

Fait à :

le :

Signature du débiteur

Cadre réservé à Willis Towers Watson France

Numéro de contrat :

Numéro de l'adhésion :

INFORMATIONS LEGALES

Vos données à caractère personnel sont collectées conjointement par Willis Towers Watson France et l'organisme assureur porteur de risque pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Toutes les informations demandées ont un caractère obligatoire. A défaut de fourniture de celles-ci, nous ne serions pas en mesure de traiter correctement votre affiliation. Ces données sont destinées aux organismes de Sécurité Sociale et/ou de tiers payant, à la société Willis Towers Watson France, à nos prestataires habilités ainsi qu'à l'organisme assureur, porteur du risque, et tout autre organisme concourant à la gestion du contrat. Elles peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils et à nos prestataires et sous-traitants. Les bases juridiques du traitement de vos données sont l'exécution de votre contrat d'assurance, le respect d'une obligation légale ou notre intérêt légitime consistant à maîtriser nos risques. Vos données peuvent être utilisées dans le cadre de la gestion de tout litige éventuel, pour la réalisation d'études de prévention des risques et de statistiques, ainsi que pour lutter contre la fraude à l'assurance (ce traitement peut conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude) et contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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, d'effacement et de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, 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 - Tour Hekla 52 Avenue du Général de Gaulle 92800 Puteaux ou par l'envoi d'un email à l'adresse suivante : fr.informatique.libertes@wtwco.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. Vous pouvez demander les grandes lignes de l'accord entre les responsables conjoints de traitement en écrivant aux adresses précitées.

Veillez consulter votre extranet assuré pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles et notamment sur les durées de conservation que nous appliquons.

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.

Fait à

Le

Signature de l'adhérent précédée
de la mention "lu et approuvé"

Cachet de l'entreprise



Les pages 1, 2 & 5 doivent impérativement être remises à votre service Ressources Humaines
Les pages 3 & 4 doivent impérativement être adressées à WTW

LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION :

Afin de pouvoir bénéficier du régime santé de l'entreprise et recevoir au plus vite votre carte de tiers payant en ligne ou par courrier, merci de joindre :

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au format BIC/IBAN à votre nom.

Pour les remboursements de Frais Médicaux concernant vos ayants droit et vous-même, vous avez la possibilité de nous fournir : un Relevé IBAN pour chaque personne bénéficiant d'un compte bancaire (vous-même, conjoint, ayant droit majeur). Chaque bénéficiaire percevra ses remboursements sur son propre compte.

- Le mandat SEPA complété et signé, si adhésion à la surcomplémentaire et adhésion de votre conjoint ayant une première mutuelle par ailleurs.
- La copie de l'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.
- Les justificatifs ci-dessous pour vos ayants droit (selon leur situation)

Vos ayants droit	Les justificatifs à fournir
▪ Conjoint n'ayant pas accès à une mutuelle car étant dans un des cas suivants : - Les assurés sans activité professionnelle - Les assurés bénéficiant d'une indemnisation de la part de France Travail (post-portabilité) - Les professions libérales - Les fonctionnaires sans mutuelle obligatoire - Les retraités	▪ Attestation sur l'honneur notifiant sans couverture obligatoire ailleurs (à renouveler annuellement)
▪ Conjoint ayant accès à une mutuelle entreprise	▪ Mandat SEPA à compléter (pour le prélèvement des cotisations)
▪ Enfant de moins de 18 ans ayant droit de l'Assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou Pacsé, au sens défini par la Sécurité sociale	-
▪ Enfant étudiant, âgé de moins de 28 ans	▪ Certificat de scolarité de l'année en cours
▪ Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi (inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois) ▪ Enfant de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ▪ Enfant de moins de 28 ans sous contrat de professionnalisation ▪ Enfant de moins de 28 ans (déjà couvert par votre contrat) effectuant un service civique. Plus de détails sur le résumé de garanties.	▪ Notification de décision France Travail ▪ Copie du contrat de travail d'apprentissage ▪ Copie du contrat de travail de professionnalisation ▪ Copie du contrat de service civique.
▪ Enfant handicapé, quel que soit son âge lorsqu'il perçoit une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation lui ait été attribuée avant son 21ème anniversaire.	▪ Copie de la notification de l'allocation « Adulte handicapé » sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire
▪ Ascendant qui vit au domicile du salarié, n'exerce aucune activité professionnelle et ne bénéficie d'aucun revenu propre, de pension de retraite ou rente. Plus de détails sur le résumé de garanties.	▪ Avis d'imposition de l'ascendant ▪ Attestation sur l'honneur du salarié attestant que l'ascendant réside à son domicile ▪ Copie recto et verso des cartes d'identité de chacun (salarié et ascendant) ▪ Justificatif de domicile du salarié