

Madame, Monsieur,

Vous êtes salarié(e) ELIOR et bénéficiez d'un contrat frais de santé auprès de WTW (Ex GRAS SAVOYE). A ce titre, WTW remboursera vos frais de santé selon les garanties de ce régime et vous adressera prochainement votre carte de tiers payant, sous réserve de nous renvoyer le bulletin ci-joint complété et signé.

Ce contrat est composé d'un régime de Base obligatoire, d'un régime Option 1 facultatif, ainsi qu'une surcomplémentaire Santé+.

Ainsi, si vous souhaitez améliorer votre couverture, vous avez la possibilité de choisir l'Option1 et la Santé+ dont le formulaire d'affiliation est disponible auprès de votre DAP (Direction Administrative du Personnel).

Informations pratiques

Pour obtenir votre carte de tiers payant :

Remplir et signer le bulletin d'adhésion et joindre les éléments suivants :

- La copie de votre attestation vitale et celles de vos ayants droit qui seront inscrits à votre contrat.
- Un RIB/IBAN pour le versement de vos prestations.

Pensez à nous communiquer votre adresse email sur le bulletin au dos de cette feuille afin d'accéder à vos services en ligne (Extranet assuré, Appli Mobile) et de faciliter les communications entre vous et WTW.

Bénéficiaires du contrat et documents à fournir

- Pour les enfants de 19 ans jusqu'à 28 ans continuant leurs études : le certificat de scolarité ou un justificatif d'apprentissage ou copie du contrat de professionnalisation.
- Pour les enfants primo demandeurs d'emploi : avis pôle emploi.
- Pour les enfants atteints d'une infirmité permanente : attestation MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées)
- Pour les ascendants à charge de l'assuré : l'attestation sur l'honneur en page 3 à compléter si vous souhaitez affilier votre ascendant.
- **Si vous souhaitez affilier votre conjoint à votre régime, vous devrez payer une cotisation complémentaire, - et nous indiquer votre souhait au dos de cette feuille.**

Pour le concubin/PACS : le justificatif de concubinage ou PACS [*certification de vie maritale, attestation sur l'honneur, un justificatif de domicile commun (copie facture EDF...), attestation de vie commune ou copie du PACS, etc.*].

→ **Bulletin à remplir au dos**



REF/ADBIA/GP ELIOR/1153/«Adhérent»
Bulletin d'affiliation

Informations salarié

Votre numéro d'adhésion est le :

Société _____

M MME NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Téléphone ____/____/____/____/____



Email : _____@_____. _____

Votre adresse email nous permet d'ouvrir vos accès à l'extranet Assuré et à l'appli mobile WTW Santé. Suivez vos remboursements, retrouvez votre grille de garanties, et transmettez-nous toutes vos factures grâce à ces outils à votre disposition.

Souhaitez-vous la télétransmission entre la Sécurité sociale et WTW (procédure NOEMIE)* Oui Non

*avec la connexion NOEMIE, WTW reçoit directement de votre CPAM, vos décomptes de la Sécurité sociale, vous n'avez donc pas à nous envoyer vos décomptes.

Informations ayants droit

Votre conjoint

M MME NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Souhaitez-vous que votre conjoint(e) bénéficie de la couverture ELIOR ?

Oui, je souhaite que mon/ma conjoint(e) soit couvert(e) par mon régime santé ELIOR.
La cotisation de mon/ma conjoint(e) est 100% à ma charge.

A cet effet, vous devrez nous transmettre un mandat de prélèvement SEPA en complétant le mandat SEPA joint et en nous le retournant par courrier.

Non, je ne souhaite pas affilier mon/ma conjoint(e) sur mon régime santé ELIOR

Attention : Sans réponse de votre part, votre conjoint(e) ne pourra pas bénéficier de vos garanties.

Les cotisations au 1er janvier 2026

	Régime Général			Régime Alsace-Moselle		
	Base	Option 1 (en complément de la Base)	Santé + (en complément de la Base et de l'option1)	Base	Option 1 (en complément de la Base)	Santé + (en complément de la Base et de l'option1)
Salarié + enfant(s)	83,50 €	(+) 29,44 €	(+) 55,63 €	60,36 €	(+) 29,44 €	(+) 55,63 €
Conjoint facultatif	74,37 €	(+) 26,23 €	(+) 49,50 €	56,39 €	(+) 26,23 €	(+) 49,50 €

Votre employeur prend à sa charge 55% du montant de la cotisation du régime de Base « salarié + enfant(s) » (ci-dessus).
L'adhésion à l'Option 1 et/ou Santé + est à votre charge.

L'adhésion de votre conjoint est facultative et son coût est entièrement à votre charge si vous souhaitez affilier votre conjoint.

Votre conjoint bénéficie de la même couverture que la vôtre, soit Base uniquement ou, Base + Option 1 ou, Base + Option 1 + Santé+.



Informations ayants droit

Vos enfants et/ou autres personne fiscalement à charge

Lien familial _____ NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Lien familial _____ NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Lien familial _____ NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Lien familial _____ NOM _____ PRENOM _____

Né(e) le _____ N° de Sécurité sociale _____

Enfants (si vous avez plus de 3 enfants, merci de remplir un autre formulaire et de l'accrocher au 1^{er})

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Encadré ci-dessous à compléter si vos ascendants sont fiscalement à votre charge (et si vous souhaitez qu'ils adhèrent à votre régime Santé ELIOR)

Je soussigné(e), Mme/M.....atteste sur l'honneur que

mon ascendant né(e) le / /

mon ascendant né(e) le / /

Est / sont à ma charge fiscale au / /

Document à compléter, signer et accompagner des pièces justificatives à envoyer à :
WTW SANTE (Ex WILLIS TOWERS WATSON) | TSA 84256 | 77 283 AVON CEDEX ou par mail : eliorsante@wtwco.com

Fait à _____, le _____

Signature

WTW (Ex Willis Towers Watson) traite pour le compte de votre assureur des informations personnelles vous concernant pour l'exécution du contrat d'assurance et, le cas échéant, pour répondre à des obligations légales et conventionnelles en matière de lutte contre la fraude, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Parmi les informations traitées, certaines concernent votre santé. En nous transmettant ces informations vous-même ou, le cas échéant, en ne vous opposant pas à la transmission de ces informations par la sécurité sociale dans le cadre de la procédure NOEMIE, vous nous autorisez à traiter ces informations, dans la limite ce qui est nécessaire pour l'exécution de votre contrat. Toutes les informations présentement collectées sont obligatoires pour la prise en compte de votre adhésion, à l'exception de votre adresse mail et numéro de téléphone. Nous vous recommandons néanmoins de compléter au moins l'une de ces deux catégories d'information afin de faciliter la gestion des prestations. Dans le contexte du tiers payant, certaines informations vous concernant sont susceptibles d'être transmises à des professionnels de santé (pharmaciens, opticiens, hôpitaux, etc.). Les données collectées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat, en fonction des règles applicables en matière de prescription. Willis Towers Watson pourra enfin vous adresser des messages d'information sans caractère commercial, sauf opposition expresse de votre part. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données vous concernant, que vous pouvez exercer à l'adresse suivante : fr.informatique.libertes@wtwco.com. Vous disposez également d'un droit d'opposition pour motif légitime, que vous pouvez exercer à la même adresse.

A remplir si vous avez indiqué que vous souhaitiez rattacher votre conjoint à la mutuelle



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire)

REF/ADBIA/GP ELIOR/1153/«Adhérent»

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.

Attention : Le prélèvement de la cotisation additionnelle pour conjoint et de l'option facultative SANTE+ doivent se faire sur le même compte bancaire.

Coordonnées de l'adhérent-assuré

Nom : Prénom :

Adresse(Numéro 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* :

Adresse(Numéro et nom de la rue) :

Code Postal : Commune :

* Nom et prénom du titulaire du compte

Coordonnées bancaires du débiteur

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 Willis Towers Watson France :

Numéro de contrat :

Numéro de l'adhésion :