

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS AU CONTRAT SANTE +

Ref WTW : 47657 / 47792

Conditions d'affiliation pour vous et vos bénéficiaires (sous conditions tarifaires pour le conjoint)

L'adhésion au Santé + ne peut se faire que si vous avez opté pour l'Option 1.

Date d'effet et coût :

- Les garanties sont acquises le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande si vous optez pour le contrat Santé + dans les 2 mois suivant la date d'affiliation au régime frais de santé (Régime de base obligatoire + régime Option 1).
- Dans le cas contraire, les garanties sont acquises dès le 1^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la réception de votre demande.

Cessation des garanties :

- Automatiquement, en cas de sortie de l'effectif du Groupe ELIOR ou de rupture du contrat de travail (départ en retraite, démission, licenciement...)
- En cas de résiliation de l'adhésion par courrier recommandé

SALARIE

Société : / _____ /			
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	
N° Sécurité sociale (Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /	Email : / _____ @ _____ /		
Adresse : / _____ /			
Code postal : / _____ /	Ville : / _____ /		
Date d'embauche ou de reprise d'ancienneté : / ____ / ____ / ____ /	Date d'adhésion au contrat Santé + : / ____ / ____ / ____ /		

Lorsque vous contractez au contrat Santé +, il s'applique automatiquement à tous vos bénéficiaires.

INFORMATIONS RELATIVES A VOS BENEFICIAIRES A RAPPELER

CONJOINT/PACSE/CONCUBIN : adhésion facultative (cotisation spécifique 100% à sa charge)			
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	N°(Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

ENFANT(S)/ ASCENDANTS A CHARGE FISCALEMENT : rattachement automatique sans surcotisations			
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	N°(Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	N°(Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	N°(Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : / ____ / ____ / ____ /	N°(Ss) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Pour le paiement par prélèvement, joindre à ce bulletin dûment complété :
Willis Towers Watson (EX GRAS SAVOYE SANTE) | TSA 84256 | 77 283 AVON CEDEX ou par mail : eliorsante@wtwco.com

• Un mandat SEPA et un RIB

Fait le :	A :	Cachet de l'entreprise DAP :
Signature :		

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 - 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 Fontenay - 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.*

A remplir si vous souhaitez bénéficier de la Santé +



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire)

REF/ADBIA/GP ELIOR/1153/52226184

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 (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 - Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton - CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex. 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 :