

Réf WTW : Date d'effet (JJMMAAAA) Affiliation de l'adhérent Radiation de l'adhérent**En cas de modification :**

- Ajout de garantie** - cocher la ou les garantie(s) à ajouter
- Baisse de garantie** - cocher la ou les garantie(s) à supprimer
- Modification du niveau de prestation**

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

N° adhérent : Nom Etablissement

- Je suis actuellement en arrêt de travail Oui Non
- Je suis actuellement en temps partiel thérapeutique Oui Non

Veillez indiquer votre statut actuel :

- CNRACL IRCANTEC
- ASSISTANT FAMILIAL / MATERNEL
- CONTRACTUEL DE DROIT RIVE

ADHERENTM MME NOM PRENOM NOM DE NAISSANCE Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale Date d'embauche
(JJ/MM/AAAA) Adresse Code Postal Commune Pays Téléphone E-mail @ **GARANTIES SUPPLEMENTAIRES**

- Je ne souhaite pas/plus souscrire de garanties supplémentaires** à celles souscrites par mon employeur (offre de base : Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité)
- Garantie « Rente éducation »**
- Garantie « Régime Indemnitaire** pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité »
- Garantie « Perte de retraite »** - uniquement pour les agents CNRACL (un seul choix possible) :
 - Rente retraite
 - Capital retraite
- Garantie « Décès / PTIA »** (un seul choix possible) :
 - Capital à 100% – Je complète obligatoirement la désignation de bénéficiaire(s) (formulaire spécifique)
 - Capital à 200% – Je complète obligatoirement la désignation de bénéficiaire(s) (formulaire spécifique)

PIECES A JOINDRE

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

- Photocopie de votre carte d'identité ou passeport
- Un RIB/IBAN à votre nom.
- Copie du bulletin de salaire du mois de décembre, à défaut le dernier bulletin de salaire (document obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion)

FACULTE DE RENONCIATION A L'ADHESION

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à Willis Towers Watson France (ex Gras Savoye Santé) – TSA 90 411– 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.

Fait 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

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.

Fait à

Le

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

Cachet de l'établissement

CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION :

CACHET DU CENTRE DE GESTION :

Fait à

Le

