



BULLETIN ADHESION COLLECTIVITE COMPLEMENTAIRE SANTE



Le présent document est à retourner dûment complété et signé à
Willis Towers Watson – Intériale – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07 (ou à celluleadv@wtwco.com)

Date d'effet de l'adhésion :

COLLECTIVITE OU ETABLISSEMENT

Raison sociale _____

Adresse _____

CP |_|_|_|_| Ville _____

SIRET _____

CONTACT DEDIE DANS LA COLLECTIVITE

Nom Prénom Fonction

Téléphone E-mail @

Participation employeur : (en % ou en €) : _____

Effectif total de votre collectivité : _____

POUR INFORMATION : Cotisations

Les cotisations sont précomptées directement sur le bulletin de salaire de l'agent.

Les mentions obligatoires visées par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé portant sur la communication des frais de gestion et la faculté de Résiliation Infra Annuelle (la loi RIA) et son arrêté du 6 mai 2020 sont portées en annexe du présent document.

CACHET DE LA COLLECTIVITE

Fait à _____ le _____

Signature