

Comment Adhérer à la convention de participation Frais de Santé du CDG 06 ?

Ma situation actuelle :

1 Je suis actuellement adhérent à un contrat santé individuel

Je pourrai adhérer une fois que j'aurais résilié mon ancien contrat :

- **Résiliation Infra-annuelle** : résiliation après une année de souscription à tout moment et avec prise d'effet le 1er jour du mois suivant (voir modèle n°1)
- **Loi Châtel** : résiliation dans les 20 jours suivants l'avis d'échéance La date sur l'enveloppe faisant foi. (voir modèle n°2)
- **Préavis contractuel** : en fonction des conditions de résiliations stipulées dans votre contrat (voir modèle n°3)

2 Je suis actuellement adhérent au contrat groupe santé du CDG 06

- Ma résiliation au contrat précédent est automatique au 31.12.2024
- Je peux directement adhérer au nouveau contrat du CDG 06
- Je me rapproche de mon service RH pour obtenir le bulletin d'adhésion

3 Je n'ai pas de contrat santé actuellement

- Je peux directement adhérer au contrat du CDG 06
- Je me rapproche de mon service RH pour obtenir le bulletin d'adhésion

Comment m'affilier ?

1. L'agent complète le bulletin d'adhésion

Il complète son **bulletin individuel d'affiliation**, joint les documents nécessaires⁽¹⁾ et remet l'ensemble des documents à son service RH.

3. Création des codes d'accès aux applications WTW

Il reçoit un **message de bienvenue** l'invitant à créer son compte sur l'extranet assuré et/ou Appli mobile.

2. La collectivité transmet le bulletin d'adhésion à WTW

A réception du BIA par WTW, nous **enregistrons l'adhésion**. Il sera maintenant connu de nos services.

4. Accès à la Carte de Tiers – Payant et aux diverses fonctionnalités

Il peut **visualiser sa carte de tiers-payant** sur son smartphone / PC et télécharger son attestation d'affiliation.

(1) Rappel des documents à fournir :

- Copie de l'attestation Sécurité Sociale de chaque bénéficiaire
- Copie recto-verso d'un document officiel d'identité pour l'assuré et les ayants-droit
- Relevé d'identité bancaire (pour les remboursements de soins)
- Justificatif de domicile pour les personnes liées par un PACS ou concubinage
- Justificatif de situation pour les enfants de + 18 ans
- Mandat SEPA dûment complété et signé pour les retraités

MEMO :
Pour les agents adhérents à la convention de participation du CDG06, la résiliation est automatique au 31.12.2024

Modèle n°1 : Résiliation Infra annuelle

Explication : cette résiliation est possible après une année de souscription à tout moment et avec prise d'effet le 1er jour du mois suivant

Prénom Nom

A (ville), le (date)

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone Mail

Nom de l'organisme assureur

A l'attention de X

Adresse

Code postal

Ville

Objet : Résiliation de la complémentaire santé

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

Madame/Monsieur,

Je tiens, par la présente lettre, à vous informer de ma décision de mettre fin à mon contrat de mutuelle n°(numéro du contrat), au (date à préciser, le contrat doit avoir plus d'un an d'ancienneté lors de l'envoi de votre lettre) dans le cadre de la loi du 14 juillet 2019 autorisant la résiliation infra-annuelle.

Je vous saurai gré, par avance, de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date. Je vous remercie de me faire parvenir dans les meilleurs délais une attestation de résiliation, ainsi que le remboursement de l'éventuel trop-perçu.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire susceptible d'être nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Prénom - Nom

Signature

Modèle n°2 : Résiliation Loi Châtel

Explication : cette résiliation s'effectue dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance

Prénom Nom

A (ville), le (date)

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone Mail

Nom de l'organisme assureur

A l'attention de X

Adresse

Code postal

Ville

Objet : Résiliation de la complémentaire santé

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

Madame/Monsieur,

Je vous informe par la présente et suite à la réception de mon avis d'échéance annuel, le, que je souhaite résilier mon contrat « Garantie Frais de Santé » comme l'autorise l'article L.113-15-1 du code des assurances et selon la loi Châtel.

A la date d'échéance prévue par mon contrat, soit le :

Je vous remercie par avance de me faire parvenir dans les plus brefs délais le certificat de radiation.

Merci de procéder à la déconnexion Noémie de mon contrat à date d'effet du

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire susceptible d'être nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

*Prénom - Nom
Signature*

Modèle n°3 : Résiliation Préavis contractuel

Explication : cette résiliation s'effectue en fonction des conditions de résiliations stipulées dans votre contrat

Prénom Nom
Adresse
Code postal
Ville
Téléphone Mail

A (ville), le (date)

Nom de l'organisme assureur

A l'attention de X

Adresse

Code postal

Ville

Objet : Résiliation de la complémentaire santé

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

Madame/Monsieur,

Par la présente lettre, je vous informe de ma décision de mettre fin à mon contrat de mutuelle N° (numéro du contrat). Je vous remercie donc de me transmettre dans les meilleurs délais mon attestation de résiliation et de procéder à la résiliation de mon contrat en date du 31 décembre 20xx.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire susceptible d'être nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

*Prénom - Nom
Signature*