

Fiche de contacts

Modalités d'adhésion

- 1 Si vous ne souhaitez pas que l'on s'occupe de votre résiliation, les garanties prennent effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre dossier complet de demande d'adhésion (le cachet de la poste faisant foi), sous réserve du paiement de votre cotisation. Si vous souhaitez que l'on s'occupe de votre résiliation, les garanties prennent effet au plus tôt un mois après la réception de votre dossier complet de demande d'adhésion, voir les conditions dans l'annexe « mandat de dénonciation » ci-jointe.
- 2 Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations.
- 3 Les paiements peuvent être effectués par prélèvements automatiques ou par tout autre moyen de paiement admis par la Mutuelle.
- 4 L'adhésion est valide pour l'année civile ; elle est ensuite tacitement reconduite par période successive d'un an au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation notifiée par l'une ou l'autre des parties avec un préavis de 1 mois.



Pensez-y !

Créez votre espace adhérent sur notre site internet pour bénéficier de nos services digitalisés !

www.nuoma-mutuelle.fr

Rapide : Vous recevez par email la notification de tout remboursement effectué par la Mutuelle

Simple : Via notre formulaire envoyez nous en 2 clics vos justificatifs

Sûr : Vos relevés sont archivés pendant 24 mois dans votre Espace Adhérent

Écologique : Cet abonnement remplace l'envoi des relevés par courrier.

- 5 Toute adhésion concerne l'adhérent et le(s) éventuel(s) ayant(s) droit - les ayants droit et l'adhérent sont couverts par la même offre.

Droit de renonciation - Conformément au Code de la mutualité, vous pouvez, pendant les 14 jours calendaires à compter de la conclusion de votre adhésion, renoncer à celle-ci. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle NUOMA - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9, établie selon le modèle ci-après : « Je soussigné (nom prénom adresse) vous informe que je renonce à donner suite à mon adhésion n° XXX au contrat NUOMA souscrite en date du JJ/MM/AAAA et vous prie de bien vouloir me restituer les cotisations versées. Je m'engage à rembourser le montant des prestations qui m'ont été versées. Fait àle JJ/MM/AAAA. Signature ». La Mutuelle NUOMA s'engage alors à rembourser, dans un délai de 30 jours à compter de la réception du courrier recommandé, l'intégralité des cotisations versées sous déduction des éventuelles prestations qui auraient été versées durant cette période. Si vous souhaitez que votre adhésion prenne effet avant ce délai légal de renonciation, pensez à cocher la case d'acceptation sur le bulletin d'adhésion.

Important

Il est à noter que, conformément au règlement mutualiste de l'offre :

- la cotisation évolue notamment en cas de changement de tranche d'âge (tranche d'âge : 0-15 ans, 16-35 ans, 36-45 ans, 46-55 ans, 56-65 ans, 66 ans et plus) ;
- seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux, ou hospitalisations commencés postérieurement à la date d'ouverture du contrat ;
- pour tout changement d'offre, il suffit de nous envoyer votre demande par courrier

1 mois avant la date de renouvellement soit le 30 novembre au plus tard. Au terme de ce délai, la nouvelle garantie prendra effet dès le 1^{er} janvier de l'année suivante.



Pour toute question

Vous pouvez consulter le site internet www.nuoma-mutuelle.fr ou nous contacter par téléphone.

0 805 037 110

Service & appel
gratuit



Pièces à fournir

Pour l'enregistrement de votre adhésion

MEMBRE PARTICIPANT

- Photocopie de l'attestation de votre Régime Obligatoire en cours de validité
- Facture ou quittance attestant de la résidence commune
- RIB ou IBAN du compte sur lequel seront versées les prestations du membre participant

CONJOINT OU ASSIMILE

- Photocopie de l'attestation de votre Régime Obligatoire en cours de validité
- RIB ou IBAN du compte sur lequel seront versées les prestations le concernant (si différent du membre participant)

ENFANTS de moins de 26 ans

- Photocopie de l'attestation de votre Régime Obligatoire en cours de validité si immatriculé sous son nom propre ou sous celui du bénéficiaire non couvert
- Photocopie du livret de famille (acte de naissance pour le nouveau né)
- Si âgé de plus de 16 ans, RIB ou IBAN du compte sur lequel seront versées les prestations le concernant (si différent du membre participant)

Coordonnées

Après avoir complété l'ensemble des informations vous concernant, ainsi que celles de vos ayants droit s'il y a lieu, pour confirmer et valider votre adhésion, veuillez signer et envoyer le formulaire d'adhésion par mail ou courrier postal à l'une des adresses indiquées en bas de ce document avec l'ensemble des pièces justificatives demandées.

En cas d'envoi par mail, les originaux du bulletin d'adhésion et du titre SEPA (si ce mode de paiement a été choisi) doivent de plus être envoyés par courrier.

Mutuelle NUOMA

Mutuelle NUOMA
CS 30 000
79077 Niort Cedex 9

Mutuelle NUOMA
122 rue de Javel
75015 Paris

mutuelle-communale@nuoma-mutuelle.fr

0 805 037 110

service et appel gratuit

Mandat de dénonciation

Informations importantes

Rappel

Vous pouvez résilier votre actuel contrat de complémentaire Santé à tout moment sans frais ni pénalité après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription.

Vous pouvez effectuer par vous-même ou nous pouvons effectuer pour votre compte les formalités de résiliation auprès de votre assureur actuel. Il vous suffit alors de remplir le mandat de dénonciation ci-joint.

Dans ce cas, nous assurons la continuité de votre couverture Santé. Ainsi, la prise d'effet de votre nouveau contrat souscrit chez nous n'interviendra qu'au lendemain de la prise d'effet de la résiliation de votre contrat actuel.

Le présent mandat doit être intégralement complété, daté et signé afin que la résiliation de votre contrat auprès de votre assureur actuel se déroule dans les meilleures conditions.



Attention à régulariser le mandat au plus vite

Veillez respecter le préavis d'un mois pour la prise d'effet de la dénonciation, ce mois étant décompté à partir la réception par l'actuel organisme de santé de la notification de la dénonciation.

La date de prise d'effet de votre contrat mentionnée sur votre demande d'assurance est positionnée afin :

- de tenir compte du délai postal lié à l'envoi de la lettre de résiliation à votre assureur actuel ;
- de respecter le préavis d'un mois pour la prise d'effet de la résiliation ;
- d'assurer la continuité de votre couverture de Santé.

Ainsi, si vous tardez à régulariser votre mandat, cela peut avoir pour conséquences :

- de retarder l'émission de la lettre de résiliation adressée à votre assureur actuel ;
- de retarder la date de prise d'effet de la résiliation de votre contrat actuel ;
- et, par conséquent, de **retarder la date de prise d'effet de votre nouveau contrat souscrit chez nous.**

Mandat de dénonciation



COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Civilité : M Mme

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° de voie : Libellé de voie :

Complément Adresse :

Code postal : Ville :

Email : Tél. :

Date d'effet du nouveau contrat¹ :/...../.....

(prendra effet un mois suivant la réception du bulletin d'adhésion. L'explication du délai est rappelé dans l'annexe ci-jointe.)

INFORMATIONS SUR LE CONTRAT À RÉSILIER

Organisme assureur :

N° de voie : Libellé de voie :

Complément Adresse :

Code postal : Ville :

Référence du contrat à résilier :

Date d'effet de la résiliation¹ :/...../..... (j-1 de la date d'effet du nouveau contrat)

¹ Ces dates pourraient être modifiées afin de tenir compte des délais et obligations réglementaires rappelés dans l'annexe ci-jointe.

MANDAT

Je soussigné(e)

demeurant

souhaite résilier le contrat mentionné ci-avant, en cours auprès de

afin de souscrire auprès de la Mutuelle NUOMA.

Par le présent document, conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, je donne mandat à la Mutuelle

NUOMA pour résilier le contrat référencé

en mon nom et pour mon compte, auprès de

Fait à, le/...../.....

Signature précédée de « Bon pour mandat »

