

# Bulletin d'adhésion



Etes-vous actuellement adhérent à un organisme de santé ?  Oui  Non

Si oui, souhaitez-vous que l'on s'occupe de la résiliation de votre mutuelle ?  Oui  Non  
(Si oui, merci de remplir le mandat de dénonciation ci-joint)

Date d'adhésion<sup>1</sup> : ..... / ..... / ..... (JJ/MM/AAAA)

**J'adhère au contrat**  NUOMA L'Initiale Mairie  NUOMA L'Essentiel Mairie  NUOMA Confort Mairie  NUOMA L'Optimale Mairie

## Adhérent

M  Mme Nom : ..... Prénom : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Clé : ..... Lien Noémie :  Non

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

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

Email : .....

Voulez-vous recevoir vos décomptes par email ?  Oui  Non

J'accepte de recevoir toute information commerciale par voie électronique de la part de NUOMA Mutuelle (y compris des entités de l'UMG AESIO) concernant ses produits et services :  Oui  Non

Cat. socio-professionnelle :  Indépendant  Retraité  Sans activité  Cadre  Employé

## Je souhaite faire adhérer

Ayants droit	Lien NOEMIE	Nom & Prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale (clé obligatoire)
Conjoint *	<input type="radio"/> Non		...../...../.....	.....
Enfant ** 1	<input type="radio"/> Non		...../...../.....	.....
Enfant 2	<input type="radio"/> Non		...../...../.....	.....
Enfant 3	<input type="radio"/> Non		...../...../.....	.....
Enfant 4	<input type="radio"/> Non		...../...../.....	.....

\* Le conjoint doit être lié au membre participant par mariage, non séparé judiciairement, partenaire lié par un PACS, concubin.

\*\* Votre enfant doit avoir moins de 26 ans (sans limite d'âge si le statut d'handicapé au sens de l'article L.241-1 du code de l'action sociale et des familles est connu de la Mutuelle avant cette limite d'âge).

Conformément à l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité, le membre participant peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle par lui-même ou la faire dénoncer par un nouvel organisme, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la signature du présent bulletin d'adhésion, sans frais ni pénalité, la dénonciation prenant effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. La notification de cette dénonciation se fait au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable adressé au centre de gestion de la Mutuelle ;
- Soit par déclaration sur place faite à l'une des agences de la Mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit sur le site internet de la Mutuelle.

<sup>1</sup> Si vous ne souhaitez pas que l'on s'occupe de votre résiliation, l'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion. Si nous nous occupons de la résiliation pour votre compte, la date d'adhésion prendra effet un mois suivant la réception du bulletin d'adhésion, voir les conditions dans l'annexe mandat de dénonciation. Cette date pourrait être modifiée afin de tenir compte des délais et obligations réglementaires rappelés dans l'annexe ci-jointe.

Les données recueillies feront l'objet de traitements par NUOMA, responsable de traitements, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales de NUOMA et des entités de son groupe (Aéma Groupe).

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site [www.nuoma-mutuelle.fr](http://www.nuoma-mutuelle.fr) depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à DPO NUOMA AESIO Mutuelle - Direction - Protection des Données Personnelles, 173 rue de Bercy CS 31802 - 75584 Paris cedex 12.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)). Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur le site : [www.nuoma-mutuelle.fr](http://www.nuoma-mutuelle.fr) depuis le bouton «Tout savoir sur mes données personnelles»

Je déclare que le document d'information standardisé relatif à l'offre à laquelle j'adhère m'a bien été remis

J'ai lu et accepté les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle, ainsi que le règlement mutualiste de l'offre à laquelle j'adhère

J'accepte, le cas échéant, que la date de prise d'effet des garanties intervienne avant la fin du délai légal de mon droit de renonciation (14 jours)

Les réclamations sont à adresser au centre de gestion de la Mutuelle NUOMA Service Qualité TSA 67274 - 79060 Niort Cedex

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ces données.

## JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom : .....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

## SIGNATURE :

## CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Nom du Contrat : .....

N° Adhérent : .....