

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.

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.



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.

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 (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

de l'année en cours. 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

Notre devoir de conseil pour vous proposer la meilleure couverture santé

Adhérent principal

Mme M Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Si déjà adhérent NUOMA, n° contrat :

Adresse :

Code postal : Ville :

Comment avez-vous connu NUOMA ? :

Composition familiale	Nom & prénom	Date de naissance
Conjoint*	/...../.....
Enfant** 1	/...../.....
Enfant 2	/...../.....
Enfant 3	/...../.....
Enfant 4	/...../.....

*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).

Avez-vous réfléchi à un budget mensuel pour votre complémentaire santé ? Oui Non

Si oui, quel est le montant que vous envisagez ? €

Êtes-vous actuellement adhérent depuis plus d'un an à la même complémentaire santé ? Oui Non

Si oui, souhaitez-vous que l'on s'occupe de la résiliation de votre mutuelle ? Oui Non

FORMALISATION DE VOS BESOINS DE SANTÉ

En tant que Mutuelle distribuant des produits de santé, nous devons respecter certaines exigences en matière de conseil, en procédant au recueil de vos besoins et exigences et en vous proposant une offre au regard de cette synthèse, ce conseil ne relevant pas de la recommandation personnalisée.

Au cours de notre conversation téléphonique rencontre échange par mail ou courrier

en date du/...../..... afin de déterminer la ou les solutions les plus adaptées à votre situation familiale et à vos besoins en matière de protection de santé, vous avez déclaré les attentes suivantes :

Vos attentes

(1 étant le plus faible et 4 le plus élevé)

 Hospitalisation 1 — 2 — 3 — 4

 Soins courants 1 — 2 — 3 — 4

 Optique 1 — 2 — 3 — 4

 Médecine douce 1 — 2 — 3 — 4

 Dentaire 1 — 2 — 3 — 4

 Audiologie 1 — 2 — 3 — 4

FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

Au vu des besoins et exigences en matière de santé que vous avez exprimés, nous vous recommandons de souscrire à l'offre :

.....
pour un montant de cotisation* de € TTC par mois (..... € par an).

**Tarif en vigueur de l'année en cours. Le premier mois de votre cotisation sera calculé en fonction de votre date d'effet.*

- 1 Nous attirons votre attention sur le fait que le conseil que nous vous avons donné ci-avant est basé sur votre situation personnelle et familiale, l'évolution ultérieure de ces éléments étant susceptible de le rendre inadapté.
- 2 Si la (les) proposition(s) formulée(s) au titre de notre devoir de conseil ne vous conviennent pas et que vous souhaitez choisir la couverture non conseillée par NUOMA, nous attirons votre attention sur le fait que le choix que vous effectuerez sera sous votre entière et unique responsabilité.
- 3 Ce document ne vaut pas engagement ou adhésion, il répond à notre obligation de conseil. Pensez à accompagner ce document d'un bulletin d'adhésion pour finaliser votre adhésion à l'offre.

CHOIX DE LA COUVERTURE SANTÉ

Après avoir pris connaissance de la couverture santé recommandée par NUOMA :

Je choisis la couverture santé recommandée par NUOMA au titre de son devoir de conseil.

.....
 Je choisis une couverture santé différente de celle qui m'a été recommandée par NUOMA, et je souscris à
..... Pour un montant de € TTC par mois.

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.

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 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).

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 depuis le bouton «Tout savoir sur mes données personnelles»

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

Fait à, le/...../.....

SIGNATURE :

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'adhésion¹ : / / (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.

¹ 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.

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 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). 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 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 :

Taux de contribution

Le taux de redistribution, soit le ratio des prestations versées sur les cotisations perçues est de 88,5% en 2023.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Taux de frais de gestion

Le taux de frais de gestion s'élève à 12.9% en 2023.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.



Pour l'enregistrement de votre adhésion

MEMBRE PARTICIPANT

- Photocopie de l'attestation de droits 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 droits 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 droits 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
18 rue de la Pépinière
75008 Paris

mutuelle-communale@nuoma-mutuelle.fr

0 805 037 110

appel gratuit



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 de 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 rappelée 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 »



