CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF

Reçu le : ……

CODE PRODUCTEUR

FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

COMPLETER LE DOCUMENT EN LETTRES CAPITALES, N'OUBLIEZ PAS DE RENSEIGNER ET SIGNER LE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA AU VERSO DU DOCUMENT

JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL * ……

PRÉNOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL * ……..……

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL * ……. /……. /……..

N° DE CONTRAT *

Ce changement de RIB concerne-t-il un autre contrat ? * ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, n° de contrat concerné

N° DE TEL FIXE …… **N° DE PORTABLE *** ……

eMAIL *……..

DATE D'EFFET DU CHANGEMENT DE RIB*……/……../…… **(joindre le RIB)**

(Attention ! Merci de nous faire parvenir votre RIB avant le 19 du mois pour un effet le 05 du mois suivant)

Vous souhaitez modifier vos données bancaires pour :

☐ Le prélèvement automatique de mes cotisations

☐ Le remboursement des prestations de tous les bénéficiaires de mon contrat

☐ Le remboursement des prestations d'un ou plusieurs bénéficiaires de mon contrat

Complétez obligatoirement le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous.

Retournez ce formulaire complété ainsi que le mandat de prélèvement SEPA s'il y a lieu, accompagné de votre RIB :

- par mail si vous êtes en mesure de scanner les documents : contact@mnspf.fr
- par courrier : Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France - 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60 327 – 31773 COLOMIERS Cedex
- par fax : 05.62.13.20.29

Fait à *……, le *……/……/……

Signature de l'assuré principal
précédée de la mention « Lu et approuvé »

N'oubliez pas de signer

Les champs marqués d'une * sont obligatoires

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées à la MNSPF. Vous pouvez demander, en application de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 6 août 2004 (dite Loi Informatique et Libertés), communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant, en vous adressant au siège administratif de la MNSPF.

Mandat de prélèvement

COMPLETER LE DOCUMENT EN LETTRES CAPITALES, N'OUBLIEZ PAS DE RENSEIGNER ET SIGNER LE FORMULAIRE AU RECTO

la mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE

santé

santé

Si vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique :

1 - Remplissez et signez le mandat ci-dessous
2 - Joignez votre Relévé d'Identité Bancaire (RIB)
3 - Renvoyez le tout au siège administratif : MNSPF - 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 - 31773 Colomiers cedex

Mandat de prélèvement SEPA

les champs marqués d'une * sont obligatoires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : (A) la MNSPF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MNSPF. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. La notification du prélèvement vous sera adressée au moins une fois par an et au plus tard dans un délai de 7 jours avant la date d'échéance du premier prélèvement.

Référence Unique du Mandat : _____
à compléter par la MNSPF

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211

Débiteur

Nom et Prénom(s)* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville*: _____

Créancier

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France
6 boulevard Déodat de Séverac
CS 60 327
31773 COLOMIERS Cedex

IBAN* _____

BIC* _____

Signé à* : _____

Le* : __ __ ____

Signature du titulaire du compte* :

N'oubliez pas de signer

PAIEMENT RÉCURRENT (cochez la périodicité choisie par défaut mensuelle*)

Fréquence : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

Les prélèvements s'effectuent le 5 du mois, service gratuit (par défaut à l'ensemble des contrats)

CHAMPS D'APPLICATION DU MANDAT*

☐ Application à l'ensemble des contrats conclus avec le créancier (par défaut)

☐ Application à 1 contrat

Numéro du contrat : _____

Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, vous devrez régler le différend avec l'organisme créancier MNSPF - 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 - 31773 COLOMIERS Cedex. Votre banque n'aura pas à vous aviser de l'éxécution desdites opérations hors de l'extrait de compte qu'elle vous adressera, ni éventuellement de leur non-éxécution.

Règlement de mes prestations

Je souhaite que mes remboursements de prestations s'effectuent*

☐ **sur le RIB déclaré CI-DESSUS dans le mandat de prélèvement SEPA pour moi et tous les bénéficiaires de mon contrat souscrit par défaut**

☐ **sur un autre RIB (précisez en cochant la ou les cases)**

- ☐ **pour moi adhérent**
- ☐ **pour mon/ma conjoint(e) - précisez Nom et Prénom :** _____
- ☐ **pour mon/mes enfant(s) - précisez Nom et Prénom :** _____

☐ **sur le RIB déclaré CI-DESSUS dans le mandat de prélèvement SEPA pour les autres contrats souscrits à la MNSPF / N° contrat :** _____

N° contrat : _____ **N° contrat :** _____ **N° contrat :** _____ **N° contrat :** _____

*Dans ce cas, joignez les différents RIB au mandat de prélèvement SEPA dûment complété.

Document contractuel. Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France Siège social : 32, rue Bréguet 75011 PARIS. Siège administratif, 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 – 31773 COLOMIERS Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 776 949 760. Mutuelle substituée par la mutuelle VIASANTÉ Siège social : 104-110 boulevard Haussmann - 75008 PARIS. Mutuelle immatriculée sous le N° SIREN 777 927 120 et régie par le livre II du Code de la Mutualité. La mutuelle VIASANTÉ est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 09. La mutuelle VIASANTÉ se substitue intégralement à la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants et ayants droit de la cédante ainsi que pour l'exécution des engagements dans les branches susvisées. Si l'agrément faisant l'objet de la substitution est retiré à la mutuelle substituante, le contrat collectif sera résilié le 40ème jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait d'agrément, la partie de la cotisation afférente à la période non garantie étant restituée au souscripteur.

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE