

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

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF

Reçu le :

CODE PRODUCTEUR

OUT USOVOU/SAOBUOWT OPV/OP/SONVUOU/OCUQCSOUB C WOSQZAJCUBAOAUOPUCOP/OU/AVUOP/OU/SAOT CB/OCB/DOAU OSOXOT OPVAJOUCEBNAKOUU/ADWOUOWT OPV

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.



Bulletin d'adhésion

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

À RETOURNER COMPLÉTÉ, DATÉ ET SIGNÉ AU SIÈGE ADMINISTRATIF :
MNSPF - 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 - 31773 Colomiers cedex

Règlement de mes cotisations et périodicité

Les champs marqués d'une * sont obligatoires et doivent être lisibles et sans rature.

Je choisis le mode de règlement de mes cotisations et la périodicité* :

- PRÉLÈVEMENT BANCAIRE (sans frais MNSPF) → mensuel (par défaut) trimestriel semestriel annuel
Les prélèvements s'effectuent le 5 du mois (par défaut, applicable à l'ensemble des contrats)
- CHÈQUE → trimestriel (par défaut) semestriel annuel
- PRÉCOMPTE SUR SALAIRE (si convention préalablement établie avec votre employeur - périodicité mensuelle)

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : la MNSPF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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

Débiteur

Nom et Prénom(s)* _____

Adresse* : _____

Code postal* Ville* : _____

Pays* : _____

IBAN*

BIC*

Signé à* : _____

Le* :

Signature du titulaire du compte* :

N'oubliez pas de signer

À noter

Si le titulaire du compte est différent du souscripteur du contrat, alors merci de préciser :

NOM / Prénom(s) du souscripteur du contrat _____

Date de naissance du souscripteur du contrat / /

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211

Créancier

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France

6 boulevard Déodat de Séverac

CS 60 327

31773 COLOMIERS Cedex

France

CHAMPS D'APPLICATION DU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA*

- Application à l'ensemble des contrats conclus avec le créancier (par défaut)
 Application à ce contrat uniquement

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'exécution des opérations hors de l'extrait de compte qu'elle vous adressera, ni éventuellement de leur non-exécution.

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, par défaut.

sur un autre RIB (Joignez les différents RIB des personnes déclarées ci-dessous, en indiquant au dos les nom(s) et prénom(s))

pour moi, adhérent

pour mon/ma conjoint(e) - précisez Nom et Prénom : _____

pour mon/mes enfant(s) - précisez Nom(s) et Prénom(s) : _____

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 : _____