

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 : _____