la mutuelle nationale des SAPEURS POMPIERS DE FRANCE

FORMULAIRE DE RATTACHEMENT BÉNÉFICIAIRE
Conjoint(e) et/ou enfant(s)

LES CHAMPS MARQUES D'UNE * SONT OBLIGATOIRES ET DOIVENT ETRE LISIBLES ET SANS RATURE.MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES

JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT * ……

DATE DE NAISSANCE DE L'ADHERENT * ……./……../…… **N° DE CONTRAT ***

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

eMAIL *……

Souhaite rattacher à mon contrat :

	Nom *	Prénom *	Date de naissance*	Date d'adhésion souhaitée*(1)	N° Sécurité sociale*
Conjoint(e)	……	……	……/……/……	……/……/……	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/_ _
Enfant	……	……	……/……/……	……/……/……	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/_ _
Enfant	……	……	……/……/……	……/……/……	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/_ _
Enfant	……	……	……/……/……	……/……/……	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/_ _

(1)Le rattachement d'un bénéficiaire prend effet **au plus tôt le 1er jour du mois** qui suit la réception de la présente demande **ou à la date indiquée** par vos soins, sans possibilité toutefois de rétroactivité.

Naissance et/ou adoption :

- Si la demande de rattachement est reçue **dans les 30 jours suivant l'événement** (naissance, adoption), le rattachement prend effet à la date de naissance ou d'adoption.
  Dans le cas contraire, le rattachement prend effet **au plus tôt le 1er jour du mois** suivant la réception de la demande **ou à la date indiquée** par vos soins, sans possibilité toutefois de rétroactivité.
- **Si votre garantie Frais de santé prévoit une prime de naissance ou d'adoption**, le rattachement de l'enfant doit s'effectuer impérativement dans les 6 mois suivant l'événement pour pouvoir la percevoir.

Pièces justificatives à fournir :

- **Pour chaque bénéficiaire rattaché :** attestation de droit sécurité sociale à jour
- **Pour une naissance et/ou adoption** : le(s) extrait(s) d'acte de naissance et/ou le(s) certificat(s) d'adoption ou le(s) jugement(s) du tribunal administratif
- **Pour le conjoint :**
  - **Si PACSÉ:** copie de l attestation de PACS.
  - **Si marié :** copie de l extrait d acte de mariage,
  - **Si concubinage :** certificat délivré par la Mairie ou déclaration sur l honneur de concubinage signée par chacun des concubins

À*……, le *……../……../……..

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

N'oubliez pas de signer

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France
6 bd Déodat de Séverac – CS 60 327
31773 COLOMIERS Cedex
Tel : 05.62.13.20.20 Fax : 05.62.13.20.29
contact@mnspf.fr

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**. Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale, par courriers postaux, courriers électroniques ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre** ☐

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.