



# Bulletin d'adhésion

## ou de changement de garantie

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

### Complémentaire Santé responsable

Garanties substituées par la mutuelle Viasanté. Pas de questionnaire médical.

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

Vous êtes **fonctionnaire territorial** ? Par application de l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration de 2 % de vos cotisations par an sera appliquée pour toute adhésion tardive à une garantie labellisée.

J'adhère à la garantie :

DATE D'ADHÉSION SOUHAITÉE\* : 01.   .

Déjà adhérent à une garantie Santé MNSPF, je souhaite changer de garantie, je choisis :

(Tout changement est soumis à l'acceptation de la MNSPF, selon les dispositions prévues aux règlements mutualistes respectifs des garanties citées ci-après.)

Notez-bien ! **Choisir une garantie dans une autre gamme implique un changement de contrat.**  
Cochez la case suivante :  Je souhaite résilier ma garantie actuelle et souscrire une nouvelle garantie MNSPF, dans une gamme différente.

GARANTIES

#### Gamme Priorité + Label "R"

- Prioris Label "R"  
 Prioris Vue Label "R"

#### Gamme Santé 18 Jeunes "R"

- Santé 18 Jeunes "R"

#### Gamme Santé 18 Label "R"

- Santé 18 Initial Label "R"  
 Santé 18 Label "R"  
 Santé 18 Plus Label "R"

#### Gamme Santé 112 Label «R»

- Santé 112 Initial Label "R"  
 Santé 112 Label "R"  
 Santé 112 Plus Label "R"

Ainsi que les bénéficiaires suivants\* :

CONJOINT

<input type="checkbox"/> M. NOM	PRÉNOM(S)	N° Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> MME		
NÉ(E) LE	ACTIVITÉ	
FUNCTIONNAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SI ACTIVITÉ SAPEUR-POMPIER <input type="checkbox"/> JSP <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> PATS <input type="checkbox"/> Ancien Sapeur-Pompier <input type="checkbox"/> Retraité		

ENFANTS

NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale

Par défaut, je bénéficie de la télétransmission pour mes remboursements liés à la garantie complémentaire santé (paiement automatique de vos prestations par voie électronique).

Cochez la case ci-contre si vous ne souhaitez pas en bénéficier

L'ensemble des postes de remboursement, suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire, bénéficie du Tiers-Payant généralisé.

## Adhésion\*

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, du Règlement Mutualiste ainsi que du descriptif et des conditions tarifaires des garanties souscrites, de les avoir conservés et d'en avoir accepté les dispositions. Je m'engage à respecter toutes les obligations qui en découlent et à signaler tout changement de situation personnelle ou professionnelle, et plus généralement, toute information susceptible de modifier les garanties souscrites.

Je déclare mes réponses complètes, sincères et conformes à la vérité.

Fait à \_\_\_\_\_, le

**SIGNATURE ADHÉRENT (MEMBRE PARTICIPANT) :**  
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPRUVÉ"

**✓ N'oubliez pas de conserver une copie du bulletin d'adhésion**

## Pièces à fournir

- Le présent bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le candidat à l'adhésion
- Photocopie recto-verso d'une **pièce d'identité** pour chaque bénéficiaire du contrat
- Attestation de droit Sécurité sociale pour chaque bénéficiaire du contrat**
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** pour le prélèvement et/ou le remboursement des frais de santé + le **mandat de prélèvement SEPA** dûment complété et signé
- Pour les fonctionnaires**, photocopie de l'**arrêté de titularisation** (précisant votre date d'embauche)
- Pour les sapeurs-pompiers**, photocopie de l'**arrêté de recrutement** (à défaut un bulletin de salaire, bulletin d'indemnités...)
- Attestation de majoration ou de non-majoration** (fournie par votre précédente mutuelle)
- Pour le conjoint inscrit comme bénéficiaire :**  
**Si PACSÉ :** copie de l'**attestation de PACS.**  
**Si marié :** copie de l'**extrait d'acte de mariage.**  
**Si concubinage :** certificat ou **déclaration sur l'honneur de concubinage**

La MNSPF se réserve le droit de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude de la demande d'adhésion.

\* Santé indicatif pour les règlements mutualistes Gamme Priorité + Label "R", Gamme Santé 18 Jeunes "R", Gamme Santé 18 Label "R", Gamme Santé 112 Label "R", Gamme Santé 112 Plus Label "R"

