

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

Fiche de renseignements

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF

N° ADHÉRENT : _____

CODE PROMOTIONNEL : _____ NOM UTILISATEUR : _____

Adhérent (Membre participant) Je suis déjà membre participant de la MNSPF, mon numéro de contrat est : _____
 Je ne suis pas membre participant de la MNSPF

✓ À COMPLÉTER EN MAJUSCULES

Les champs marqués d'une * sont obligatoires.

M. MME NOM* _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

PRÉNOM(S)* _____

ADRESSE* N° _____ VOIE _____

APPARTEMENT _____ ÉTAGE _____ BÂTIMENT/RÉSIDENCE/ ESCALIER _____

BP/LIEU-DIT _____ CEDEX _____

CODE POSTAL* _____ VILLE* _____

TÉL. DOMICILE _____ TÉL. MOBILE* _____

EMAIL* _____ @ _____

DATE DE NAISSANCE* ____/____/____ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE* _____/____

SITUATION FAMILIALE* célibataire vie maritale / p.a.c.s marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

SITUATION PROFESSIONNELLE*

PROFESSION _____

SI FONCTIONNAIRE territorial autre précisez : _____

SI ACTIVITÉ SAPEUR-POMPIER JSP (à partir de 16 ans) SPV SPP PATS Ancien Sapeur-Pompier Retraité

CENTRE DE SECOURS _____

DÉPARTEMENT _____

PARRAINAGE

SI PARRAINAGE* - LE PARRAIN EST-IL POMPIER ? oui non SON NUMÉRO ADHÉRENT EST : _____

NOM PARRAIN ADHÉRENT* _____

PRÉNOM PARRAIN ADHÉRENT* _____

DÉPARTEMENT _____ DATE DE NAISSANCE ____/____/____

autres renseignements

Avez-vous déjà une mutuelle (complémentaire santé) par ailleurs oui non - Si oui laquelle ? _____

Avez-vous déjà une surcomplémentaire santé par ailleurs oui non - Si oui laquelle ? _____

À NOUS RETOURNER 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.

✓ DATE D'EFFET SOUHAITÉE : 01. .

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

JE SUIS DÉJÀ ADHÉRENT À LA GARANTIE MNSPF** : _____ N° DE CONTRAT** : _____

- JE SOUHAITE CHANGER DE NIVEAU DE GARANTIE AU SEIN DE LA MÊME GAMME (exemple : de Santé 18 Label "R" je passe à Santé 18 PLUS Label "R")
- JE SOUHAITE RÉSILIER MA GARANTIE ACTUELLE POUR CHANGER DE CONTRAT* (exemple : de Santé 18 Label "R" je passe à Santé 112 Label "R")

À compter de la date d'effet souhaitée figurant sur le présent document, selon les dispositions prévues à cet effet dans le règlement mutualiste concerné. Ma demande de résiliation sous cette forme est soumise à l'acceptation de la MNSPF.

**Le champ doit être lisible et sans rature

J'adhère à la garantie

- Prioris Label "R" Santé 18 Jeunes "R" Santé 18 Initial Label "R" Santé 112 Initial Label "R"
- Prioris Vue Label "R" Santé 18 Label "R" Santé 112 Label "R"
- Santé 18 Plus Label "R" Santé 112 Plus Label "R"

Ainsi que mon (ma) conjointe ou concubin(e) M. MME

NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	N° Sécurité sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROFESSION	<input type="text"/>		
SI FONCTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> territorial	autre précisez : <input type="text"/>	
SI ACTIVITÉ SAPEUR-POMPIER	<input type="checkbox"/> JSP (à partir de 16 ans)	<input type="checkbox"/> SPV	<input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> PATS <input type="checkbox"/> Ancien Sapeur-Pompier <input type="checkbox"/> Retraité
CENTRE DE SECOURS	<input type="text"/>		DÉPARTEMENT
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Et mes enfants :

NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adhésion* les champs marqués d'une * sont obligatoires

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférents à la garantie à laquelle je souhaite adhérer, les avoir conservés et en avoir accepté les dispositions.

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

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

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

Fait à _____, le

SIGNATURE ADHÉRENT (MEMBRE PARTICIPANT) :

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ"

✓ N'oubliez pas de conserver une copie du contrat (bulletin d'adhésion)

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 Sirene 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 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. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par courriers postaux ou téléphone sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre . Vous pouvez demander en application de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiées par la Loi 2004-801 du 6 août 2004 (dite Loi Informatique et Libertés), communication et rectification de toutes informations vous concernant en adressant par courrier au siège administratif de la mutuelle MNSPF.

Pièces à fournir pour tous

- Le présent bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le candidat à l'adhésion
- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité du titulaire du contrat
- Photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale pour chaque bénéficiaire
- 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 sapeurs-pompiers

- Justificatif de votre activité sapeur-pompier : photocopie de l'arrêté de recrutement (à défaut un bulletin de salaire, bulletin de vacation...)
- Si participation de votre SDIS/UD, Amicale : copie de l'attestation de participation
- Attestation de non-majoration (fournie par votre précédente mutuelle)

+ pour les fonctionnaires territoriaux

- Photocopie de l'arrêté de titularisation (précisant votre date d'embauche)
- Attestation de non-majoration (fournie par votre précédente mutuelle)

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

Bulletin d'adhésion

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

Surcomplémentaire Santé

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

✓ DATE D'EFFET SOUHAITÉE : 01. .

ADHÉRENT **JE SUIS DÉJÀ ADHÉRENT À LA GARANTIE MNSPF** :** _____ **N° DE CONTRAT** :** _____
 JE SOUHAITE CHANGER DE NIVEAU DE GARANTIE AU SEIN DE LA MÊME GAMME (exemple : de Surco A je passe à Surco D) ****Le champ doit être lisible et sans rature**

Pour chaque bénéficiaire, cochez la case de la surcomplémentaire choisie⁽¹⁾

	NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale
ADHÉRENT PRINCIPAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
CONJOINT CONCUBIN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
ENFANT 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
ENFANT 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
ENFANT 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
ENFANT 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(1) <input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	

Adhésion* les champs marqués d'une * sont obligatoires

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférents à la garantie à laquelle je souhaite adhérer, les avoir conservés et en avoir accepté les dispositions.
- Je déclare mes réponses complètes, sincères et conformes à la vérité.

Fait à _____, le

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL(MEMBRE PARTICIPANT)
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ"

✓ N'oubliez pas de conserver une copie du contrat (bulletin d'adhésion)

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 Sirene 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 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. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par courriers postaux ou téléphone sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre . Vous pouvez demander en application de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiées par la Loi 2004-801 du 6 août 2004 (dite Loi Informatique et Libertés), communication et rectification de toutes informations vous concernant en adressant par courrier au siège administratif de la mutuelle MNSPF.



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 par bénéficiaire
- Photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale pour chaque bénéficiaire
- 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
- Certificat d'affiliation à la complémentaire santé pour chaque bénéficiaire

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

Bulletin d'adhésion

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

Garantie d'Hospitalisation

Garantie substituée par la mutuelle Viasanté. Pas de questionnaire médical.

✓ DATE D'EFFET SOUHAITÉE : 01. .

Je complète ma couverture santé avec HOSPI 18 pour 9€/mois

Je souscris au contrat
Hospi 18
(pour 9€/mois)

NOM _____

PRÉNOM(S) _____

Votre conjoint et/ou vos ayants droit de plus de 16 ans souhaitent adhérer à la garantie Hospi 18, demander un bulletin d'adhésion complet à votre conseiller mutualiste.

Contrat à adhésion individuelle nécessitant un bulletin d'adhésion par adhérent (membre participant) dûment complété et signé par ce dernier.

Adhésion*

les champs marqués d'une * sont obligatoires

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférents à la garantie à laquelle je souhaite adhérer, les avoir conservés et en avoir accepté les dispositions.
- Je déclare mes réponses complètes, sincères et conformes à la vérité.

Fait à _____, le

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

✓ N'OUBLIEZ PAS DE CONSERVER UNE COPIE DU CONTRAT (BULLETIN D'ADHÉSION)



Liste des pièces à fournir pour tous

- Le présent bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le candidat à l'adhésion
- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité du titulaire 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

+ pour les sapeurs-pompiers

- Si participation de votre SDIS/UD, Amicale : copie de l'attestation de participation

+ pour les fonctionnaires territoriaux

- Si participation de votre collectivité : copie de l'attestation de participation

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 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 substituant, 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. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par courriers postaux ou téléphone sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre . Vous pouvez demander en application de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiées par la Loi 2004-801 du 6 août 2004 (dite Loi Informatique et Libertés), communication et rectification de toutes informations vous concernant en adressant par courrier au siège administratif de la mutuelle MNSPF.

