

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 ? \_\_\_\_\_

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 est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09. 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 toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège administratif de la MNSPF.

# 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<sup>(1)</sup>

	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"/>
	(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"/>
	(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"/>
	(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"/>
	(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"/>
	(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"/>
	(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 est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09. 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 toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège administratif de la 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.

