

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 ? _____

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"/>
	(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)

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

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.



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

À NOUS RETOURNER SIGNÉ AU SIÈGE ADMINISTRATIF :

MNSPF - 6 boulevard Déodat de Séverac CS 60 327 - 31773 Colomiers cedex

Règlement de mes cotisations

Je choisis le mode de règlement de mes cotisations, je coche la périodicité choisie :

- CHÈQUE Périodicité (par défaut trimestrielle)
 Trimestrielle
 Semestrielle
 Annuelle
 PRÉCOMPTE SUR SALAIRE (si convention préalablement établie avec votre employeur - périodicité mensuelle)
 PRÉLÈVEMENT (GRATUIT, par défaut mensuel) : complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous)

Mandat de prélèvement SEPA

Les champs marqués d'une * sont obligatoires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : (A) la MNSPF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) 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* : _____

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211

Créancier

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France

6 boulevard Déodat de Séverac

CS 60 327

31773 COLOMIERS Cedex

France

IBAN* []

BIC* [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signé à* : _____

Le* : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PAIEMENT RÉCURRENT (cochez la périodicité choisie par défaut mensuelle*)

Fréquence : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Les prélèvements s'effectuent le 5 du mois, service gratuit (par défaut à l'ensemble des contrats)

CHAMPS D'APPLICATION DU MANDAT*

Application à l'ensemble des contrats conclus avec le créancier (par défaut)

Application à 1 contrat

Numéro du contrat : _____

Signature du titulaire du compte* :

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 desdites 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 souscrit par défaut

sur un autre RIB (précisez en cochant la ou les cases)

pour moi adhérent

pour mon/ma conjoint(e) - précisez Nom et Prénom : _____

pour mon/mes enfant(s) - précisez Nom et Prénom : _____

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 : _____ N° contrat : _____

*Dans ce cas, joignez les différents RIB au mandat de prélèvement SEPA dûment complété.