

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

Surcomplémentaire Santé

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

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

Je complète ma couverture santé avec **une SURCO**

DATE D'ADHÉSION SOUHAITÉE* : 01. .

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

(exemple : de Surco A, je passe à Surco D) - Tout changement est soumis à l'acceptation de la MNSPF, selon les dispositions prévues au règlement mutualiste des garanties citées ci-après.

* Cochez la case de la garantie Surcomplémentaire choisie pour vous et votre enfant de - 16 ans. (une seule par ligne)
Si votre conjoint et/ou vos ayants-droit de plus de 16 ans souhaitent adhérer à une surcomplémentaire santé, demandez un bulletin d'adhésion complet à votre conseiller mutualiste

	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="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
AYANT-DROIT - 16 ANS (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
AYANT-DROIT - 16 ANS (2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
AYANT-DROIT - 16 ANS (3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Surco A	<input type="checkbox"/> Surco B	<input type="checkbox"/> Surco C	<input type="checkbox"/> Surco D	
AYANT-DROIT - 16 ANS (4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<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 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 APPROUVÉ"

✓ **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**

Si vous n'êtes pas adhérent à une complémentaire santé MNSPF: Certificat d'affiliation à votre complémentaire santé pour vous et pour chaque bénéficiaire

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

