

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

Fiche de renseignements

TOUT DOSSIER INCOMPLÉT NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF :

NOM UTILISATEUR : _____ CODE PROMOTIONNEL : _____

Adhérent

À COMPLÉTER EN MAJUSCULES

IDENTITÉ *

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

M. MME NOM

NOM DE NAISSANCE

PRÉNOM(S)

DATE DE NAISSANCE / / N° DE SÉCURITÉ SOCIALE /

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

ADRESSE* N° VOIE

APPARTEMENT ÉTAGE BÂTIMENT/ RÉSIDENCE/ ESCALIER

BP/LIEU-DIT CEDEX

CODE POSTAL VILLE

TÉL. DOMICILE* TÉL. MOBILE*

EMAIL @

SITUATION PROFESSIONNELLE *

SI ACTIVITÉ SAPEUR-POMPIER JSP SPV SPP PATS Ancien Sapeur-Pompier Retraité

CENTRE DE SECOURS

SDIS DE RATTACHEMENT SI ADHÉRENT À L'UDSP, LAQUELLE ? SI DOUBLE STATUT SDIS DE RATTACHEMENT N°2

PROFESSION

SI FONCTIONNAIRE territorial hospitalier d'État

PRÉCISEZ LA COLLECTIVITÉ OU L'ADMINISTRATION :

PARRAINAGE (À remplir uniquement en cas de parrainage à une garantie complémentaire santé)

NOM / PRÉNOM DU PARRAIN ADHÉRENT

ADRESSE DU PARRAIN ADHÉRENT

CODE POSTAL VILLE

NUMÉRO DE CONTRAT DU PARRAIN ADHÉRENT DATE DE NAISSANCE / /

AUTRES RENSEIGNEMENTS *

À la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficierez-vous d'une autre complémentaire santé ? oui non - Si oui laquelle ? _____

À la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficierez-vous d'une autre surcomplémentaire santé ? oui non - Si oui laquelle ? _____

Bulletin d'adhésion

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.

DATE D'ADHÉSION SOUHAITÉE* :

01. .

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

Je complète ma couverture santé avec une SURCO

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. (un choix 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 individuel 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="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="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="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="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="checkbox"/> Surco A | <input type="checkbox"/> Surco B | <input type="checkbox"/> Surco C | <input type="checkbox"/> Surco D | |

Je valide mon adhésion*

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, des Documents d'Information sur le Produit d'assurance (IPID), des notices d'information et des conditions tarifaires afférents au contrat auquel je souhaite adhérer, de les avoir conservés, d'en avoir accepté les dispositions, avant de signer le présent bulletin d'adhésion.
- Je déclare mes réponses complètes, sincères et conformes à la vérité.
- Je souhaite recevoir des e-mails et sms d'information sur les offres produits et services de la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France et de ses partenaires (je peux à tout moment modifier mes préférences sur simple demande).

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
- Justificatif de domicile
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) : pour le remboursement des frais de santé et accompagné du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le prélèvement des cotisations
- 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.

Bulletin d'adhésion

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

Je choisis le mode de règlement de mes cotisations et la périodicité* :

- PRÉLÈVEMENT BANCAIRE (sans frais MNSPF) → mensuel (par défaut) trimestriel semestriel annuel
Les prélèvements s'effectuent le 5 du mois, (par défaut, applicable à l'ensemble des contrats)
- CHÈQUE → trimestriel (par défaut) semestriel annuel
- PRÉCOMPTE SUR SALAIRE (si convention préalablement établie avec votre employeur - périodicité mensuelle)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : la MNSPF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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.

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF :

Référence Unique du Mandat :

Débiteur

Nom et Prénom(s)* :

Adresse* :

Code postal* [] [] [] [] [] []

Ville* :

Pays* :

IBAN* []

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

Signé à* :

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

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211
Créancier
Mutuelle nationale des sapeurs-pompier de France
6 boulevard Déodat de Séverac
CS 60 327
31773 COLOMIERS Cedex France

CHAMPS D'APPLICATION DU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA*

- Application à l'ensemble des contrats conclus avec le créancier (par défaut)
 Application à ce contrat uniquement

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE* :

À noter

Si le titulaire du compte est différent du souscripteur du contrat, alors merci de préciser :

NOM / Prénom(s) du souscripteur du contrat

Date de naissance du souscripteur du contrat

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 le remboursement de mes soins s'effectue

- sur le compte déclaré CI-DESSUS dans le mandat de prélèvement SEPA pour moi et tous les bénéficiaires de mon contrat, par défaut.
- sur un autre compte (Joignez les différents RIB des personnes déclarées ci-dessous, en indiquant, au dos des RIB les nom(s) et prénom(s))
- pour moi, adhérent
 - pour mon/ma conjoint(e) - précisez Nom et Prénom : _____
 - pour mon/mes enfant(s) - précisez Nom(s) et Prénom(s) : _____
- 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 : _____

BA Santé individuel : mandat de prélèvement SEPA

DOCUMENT À CONSERVER

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

Protection des données à caractère personnel / droit de renonciation

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL :

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Vos données sont également collectées et traitées afin de poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de la mise en oeuvre d'opérations de prospection. Les données sont également collectées et traitées afin de répondre à nos obligations en matière de lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux partenaires de la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en oeuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France, à l'attention du Délégué à la protection des données - 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60327 - 31773 COLOMIERS cedex ou à dpd@mnspf.fr

DROIT DE RENONCIATION AU DÉMARCHAGE À DOMICILE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence, ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

La lettre sera rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom / prénom), n° de contrat...demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à ma garantie..., et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours, la restitution de l'intégralité de ma cotisation, soit... Date et signature ».