

# Bulletin de souscription / adhésion

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

## Fiche de renseignements

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF :

NOM UTILISATEUR : \_\_\_\_\_ CODE PROMOTIONNEL : \_\_\_\_\_

## SOUSCRIPTEUR

À COMPLÉTER EN MAJUSCULES

### IDENTITÉ \*

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

<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> MME	NOM																									
NOM DE NAISSANCE																											
PRÉNOM(S)																											
DATE DE NAISSANCE						/				/	LIEU DE NAISSANCE																
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE																											
SITUATION FAMILIALE																											
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> vie maritale / p.a.c.s	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> 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	<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																										
SDIS DE RATTACHEMENT	SI ADHÉRENT À L'UDSP, LAQUELLE ?											SI DOUBLE STATUT SDIS DE RATTACHEMENT N°2														
PROFESSION																										
SI FONCTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> territorial	<input type="checkbox"/> hospitalier	<input type="checkbox"/> d'État																							
PRÉCISEZ LA COLLECTIVITÉ OU L'ADMINISTRATION :																										

### AUTRES RENSEIGNEMENTS \*

À LA DATE DE PRISE D'EFFET DU PRÉSENT CONTRAT, AUREZ-VOUS D'AUTRES GARANTIES PRÉVOYANCE ?  OUI  NON

SI OUI, LESQUELLES ? \_\_\_\_\_

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

## Protection des données à caractère personnel

### Protection des données à caractère personnel

#### Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur, CNP Assurances, pour réaliser les traitements dont il est responsable, et notamment ceux qui concernent l'évaluation des engagements pris à l'égard des assurés et les analyses statistiques de risques.

Les destinataires de ces données personnelles sont les personnels dûment habilités de CNP Assurances.

Vos données seront conservées par CNP Assurances durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels CNP Assurances est responsable en vous rendant sur [www.cnp.fr/particulier/deja-assure](http://www.cnp.fr/particulier/deja-assure), ou en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront également être adressées au service Délégué à la Protection des Données. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées et traitées par la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à l'âge, la situation familiale et professionnelle, à la santé. Ces données sont notamment nécessaires à l'étude des besoins et du profil afin de proposer des produits et services adaptés.

- Les coordonnées de contact, le Numéro de Sécurité sociale et les informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour 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 réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;

- La mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;

- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;

- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques. Nous pouvons être amenés à mettre en oeuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, pour déterminer les garanties, les prestations et vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

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

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services de la MNSPF en relation avec vous et vos ayants droit, aux prestataires, aux délégataires, aux partenaires de la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France, ainsi qu'aux administrations et autorités publiques concernées.

#### Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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 (DPD) - 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60327 - 31773 COLOMIERS cedex ou à [dpo@mnspf.fr](mailto:dpo@mnspf.fr)

#### Doit 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 ».

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

# Bulletin de souscription / adhésion

À RETOURNER SIGNÉ AU SIÈGE ADMINISTRATIF :

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

## Contrat Perte de Revenus Fonctionnaire 112 Label

Garanties assurées par CNP Assurances - Contrat N° : 2947D

Garantie de Prestations à vocation  
sociale et solidaire  
Assurée par la MNSPF

Garantie Assistance  
assurée par Filassistance International

✓ DATE D'ADHÉSION SOUHAITÉE : 01.   .

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

Je soussigné \_\_\_\_\_  
déclare demander la souscription du contrat Perte de Revenus Fonctionnaire 112 Label (PRF 112 Label) auquel sont associées une garantie Prestations à vocation sociale et solidaire et une garantie Assistance, telles que définies dans la Notice d'information que je reconnais avoir reçue ce jour.

## J'adhère à la (aux) garantie(s)\* :

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Perte du Régime Indemnitaires à plein traitement :  
(en cas de minoration du régime indemnitaire à plein traitement  
suivant la délibération CASDIS en vigueur dans le département)

Avec rétroactivité

Sans rétroactivité

Franchise 0 jour - -

Franchise 15 jours

Franchise 30 jours

Franchise 60 jours

Franchise 90 jours

Invalidité

Perte de retraite

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Option 1 : 4 000 €

Option 2 : 8 000 €

Option 3 : 20 000 €

Option 4 : 40 000 €

Option 5 : 60 000 €

Option 6 : 80 000 €

Limite de couverture - risque décès :  65 ans

75 ans

Je choisis que le capital soit versé \* :

À mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ; à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant ; à défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux ; à défaut aux autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le Formulaire de désignation de bénéficiaires remis par la MNSPF.

## Je valide mon adhésion\*

Je déclare ne pas être en cours d'arrêt de travail.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, du Document d'Information sur le Produit d'assurance (IPID) avant de signer ma demande d'adhésion, de la notice d'information et des conditions tarifaires afférentes au contrat auquel je souhaite adhérer, de les avoir conservés et d'en avoir accepté les dispositions.

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 de souscription/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 versement des prestations + le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé

Justificatif de votre activité : photocopie de l'arrêté de recrutement + le dernier salaire mentionnant les primes annuelles (primes départementales, 13<sup>ème</sup> mois,...)

Déclaration d'Etat de Santé (DES) ou Questionnaire de santé (QS) (sauf CD option 1)

Pièces médicales le cas échéant

# Bulletin de souscription / adhésion

**À RETOURNER SIGNÉ AU SIÈGE ADMINISTRATIF :**

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

## Règlement de mes cotisations et périodicité

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

**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**

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.

Référence Unique du Mandat : \_\_\_\_\_ à compléter par la MNSPF

Débiteur

Nom et Prénom(s)\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville\* : \_\_\_\_\_

Pays\* : \_\_\_\_\_

IBAN\* [ ]

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

Signé à\* : \_\_\_\_\_

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

**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 [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211

Créancier

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers 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

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 prestations 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 compte 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 : \_\_\_\_\_