

FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

COMPLÉTER LE DOCUMENT EN LETTRES CAPITALES, N'OUBLIEZ PAS DE RENSEIGNER ET SIGNER LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA AU VERSO DU DOCUMENT

JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL *

PRÉNOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL *

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL * / /

N° DE CONTRAT *

Ce changement de RIB concerne-t-il un autre contrat ? * Oui Non

Si Oui, n° de contrat concerné

N° DE TEL FIXE N° DE PORTABLE *

eMAIL *

DATE D'EFFET DU CHANGEMENT DE RIB* / / **(joindre le RIB)**

(Attention ! Merci de nous faire parvenir votre RIB avant le 19 du mois pour un effet le 05 du mois suivant)

Vous souhaitez modifier vos données bancaires pour :

- Le prélèvement automatique de mes cotisations
- Le remboursement des prestations de tous les bénéficiaires de mon contrat
- Le remboursement des prestations d'un ou plusieurs bénéficiaires de mon contrat

Complétez obligatoirement le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous.

Retournez ce formulaire complété ainsi que le mandat de prélèvement SEPA s'il y a lieu, accompagné de votre RIB :

- par mail si vous êtes en mesure de scanner les documents : contact@mnspf.fr
- par courrier : Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France - 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60 327 – 31773 COLOMIERS Cedex
- par fax : 05.62.13.20.29

Fait à *, le * / /

**Signature de l'assuré principal
précédée de la mention « Lu et approuvé »**

N'oubliez pas de signer

Les champs marqués d'une * sont obligatoires

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées à la MNSPF. Vous pouvez demander, en application de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée 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.

