

Bulletin d'adhésion



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

Fiche de renseignements

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

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF

NOM UTILISATEUR : _____ CODE PROMOTIONNEL : _____

Adhérent ✓ À COMPLÉTER EN MAJUSCULES

IDENTITÉ *

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 _____ @ _____

(**) Conformément au code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

SITUATION PROFESSIONNELLE *

PROFESSION _____

SI FONCTIONNAIRE territorial autre précisez : _____

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

CENTRE DE SECOURS _____

SDIS DE RATTACHEMENT _____ SI ADHÉRENT À L'UDSP, LAQUELLE? _____

PARRAINAGE (A 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, bénéficiez-vous d'une autre complémentaire santé ? oui non - Si oui laquelle ? _____

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



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.

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="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	

Adhésion*

Les champs marqués d'une * sont obligatoires.

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts MNSPF, des notices d'information et des conditions tarifaires afférents 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.

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.

Bulletin d'adhésion

À RETOURNER COMPLÉTÉ, DATÉ ET 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.

CADRE RÉSERVÉ À LA MNSPF
Référence Unique du Mandat :

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 : FR80ZZ634211

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 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 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 : _____

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

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre. 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 l'adresse suivante : MNSPF - Service Relation Adhérents, 6 boulevard Déodat de Séverac - CS 60327 - 31773 COLOMIERS ou par e-mail à servicerelationadherent@mnsf.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 ».