

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

Complémentaire Santé responsable

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.

Vous êtes fonctionnaire territorial ? Par application de l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration de 2 % de vos cotisations par an sera appliquée pour toute adhésion tardive à une garantie labellisée.

J'adhère à la garantie :

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

(Tout changement est soumis à l'acceptation de la MNSPF, selon les dispositions prévues aux règlements mutualistes respectifs des garanties citées ci-après.)

Notez-bien ! Choisir une garantie dans une autre gamme implique un changement de contrat.
Cochez la case suivante : Je souhaite résilier ma garantie actuelle et souscrire une nouvelle garantie MNSPF, dans une gamme différente.

GARANTIES

Gamme
Santé 18^R Label

Gamme
Santé 112^R Label

Je coche la garantie choisie*

- Santé 18 Initial^R Label
 Santé 18^R Label
 Santé 18 Plus^R Label

- Santé 112 Initial^R Label
 Santé 112 Plus^R Label

Ainsi que les bénéficiaires suivants :

CONJOINT

<input type="checkbox"/> M. NOM	PRÉNOM(S)	N° Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> MME		/
NÉ(E) LE / /	ACTIVITÉ	
FONCTIONNAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SI ACTIVITÉ SAPEUR-POMPIER <input type="checkbox"/> JSP <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> PATS	Ancien Sapeur-Pompier	Retraité

ENFANTS

NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale
		/ /		/
		/ /		/
		/ /		/
		/ /		/

Par défaut, je bénéficie de la télétransmission pour mes remboursements liés à la garantie complémentaire santé (paiement automatique de vos prestations par voie électronique).

Cochez la case ci-contre si vous ne souhaitez pas en bénéficier

L'ensemble des postes de remboursement, suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire, bénéficie du Tiers-Payant généralisé.

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 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 à jour pour chaque bénéficiaire du contrat
- 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
- Pour les fonctionnaires, photocopie de l'arrêté de titularisation (précisant votre date d'embauche)
- Pour les sapeurs-pompiers, photocopie de l'arrêté de recrutement (à défaut un bulletin de salaire, bulletin d'indemnités...)
- Attestation de majoration ou de non-majoration (fournie par votre précédente mutuelle)
- Pour le conjoint inscrit comme bénéficiaire :
Si PACSÉ : copie de l'attestation de PACS
Si marié : copie de l'extract d'acte de mariage
Si concubinage : déclaration sur l'honneur de vie maritale
- Justificatif de domicile
- Justificatif de Handicap, le cas échéant, pour les bénéficiaires du contrat
- Certificat de scolarité pour les enfants de - de 26 ans

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

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

Garantie d'Hospitalisation

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 souscris au contrat Hospi 18

NOM* _____

PRÉNOM(S)* _____

Hospi 18 est un contrat à adhésion individuelle nécessitant un bulletin d'adhésion par adhérent (membre participant) dûment complété et signé par ce dernier.

Votre conjoint et/ou vos ayants-droit de plus de 16 ans souhaitent adhérer à la garantie Hospi 18 ?

Demandez, pour chacun, un bulletin d'adhésion individuel, à votre conseiller mutualiste ou téléchargez-le sur notre site internet.

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
- Justificatif de domicile
- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité du 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

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

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 ».