

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 INCOMPLET 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 ? \_\_\_\_\_

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.

Gamme  
Santé 18<sup>R</sup> Label

Gamme  
Santé 112<sup>R</sup> Label

Je coche la garantie choisie\*

- Santé 18 Initial<sup>R</sup> Label  
 Santé 18<sup>R</sup> Label  
 Santé 18 Plus<sup>R</sup> Label

- Santé 112 Initial<sup>R</sup> Label  
 Santé 112 Plus<sup>R</sup> Label

Ainsi que les bénéficiaires suivants :

CONJOINT	
<input type="checkbox"/> M. NOM	PRÉNOM(S)
<input type="checkbox"/> MME	N° Sécurité sociale
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 <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/>

  

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 de la MNSPF, du Document d'Information sur le Produit d'assurance (IPID), du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférentes au règlement 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 aux questions posées sincères et complètes.
- Je suis informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de procéder à la résiliation infra-annuelle de mon adhésion dans les conditions fixées par la Notice d'information sous réserve de justifier d'une année d'adhésion.
- 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'extrait 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 de la MNSPF, du Document d'Information sur le Produit d'assurance (IPID), du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférentes au règlement 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 aux questions posées sincères et complètes.
- Je suis informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de procéder à la résiliation infra-annuelle de mon adhésion dans les conditions fixées par la Notice d'information sous réserve de justifier d'une année d'adhésion.
- 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 de la MNSPF, du Document d'Information sur le Produit d'assurance (IPID), du Règlement Mutualiste et des conditions tarifaires afférentes au règlement 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 aux questions posées sincères et complètes.
- 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 APPRUVÉ"

**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

## Information légales

### 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](mailto: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 ».

### INFORMATION SUR LE RATIO PRESTATIONS/COTISATIONS ET SUR LE RATIO FRAIS DE GESTION/COTISATIONS

#### ● Le ratio Prestations/Cotisations

Conformément à l'arrêté du 6 mai 2020, publié au Journal Officiel du 5 juin 2020, la MNSPF justifie au titre de l'année 2019, d'un ratio entre le montant des prestations qu'elle verse pour l'ensemble des garanties complémentaires santé qu'elle couvre et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, brutes de réassurance, s'élevant à 68,73 %.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations afférentes à ces garanties représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la MNSPF au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

#### ● Le ratio Frais de gestion/Cotisations

Conformément à l'arrêté cité ci-dessus, la MNSPF justifie au titre de l'année 2019, d'un ratio entre le montant total des frais de gestion pour l'ensemble des garanties complémentaires santé qu'elle couvre et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, s'élevant à 27,81 %.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations afférentes à ces garanties représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la MNSPF au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

### INFORMATION SUR LA COMPOSITION DES FRAIS DE GESTION

Les frais de gestion sont constitués par :

- Les frais d'acquisition qui recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser, et les souscrire ;
- Les frais d'administration qui recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour gérer toutes les opérations nécessitées par l'exécution des contrats ;

Le montant total des frais de gestion est établi en additionnant les frais d'acquisition et les frais d'administration.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information adhérent, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à la MNSPF dans le respect des garanties contractuelles.