

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](http://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)

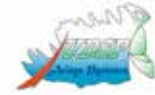
NOM / PRÉNOM DU PARRAIN ADHÉRENT \_\_\_\_\_  
 ADRESSE DU PARRAIN ADHÉRENT \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 NUMÉRO DE CONTRAT DU PARRAIN ADHÉRENT \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### AUTRES RENSEIGNEMENTS \*

A la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficiez-vous d'une autre complémentaire santé ?  oui  non - Si oui laquelle ? \_\_\_\_\_  
 A la date de prise d'effet du présent contrat, bénéficiez-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



## Offre Collective UDSP 09

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

Contrat santé R UD N° 012018CCS-R-UD09 Contrat santé surcomplémentaire UD N° 022018CCSURCO-UD09 Contrat Hospi 18 UD N° 032018CCHOSPI-UD09

## JE CHOISIS MA COUVERTURE EN FONCTION DE MON STATUT ...

Je suis ...

✓ DATE D'ADHÉSION SOUHAITÉE : 01. [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

## SPP, PATS, SPV FONCTIONNAIRE

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 une couverture **COMBINÉE** : Offre **COMBINÉE 1 UD** responsable :  
**SANTÉ 18 INITIAL LABEL R UD + Surco niveau 1 R UD**

ou

 Offre **COMBINÉE 2 UD** responsable :  
**SANTÉ 18 INITIAL LABEL R UD + Surco niveau 2 R UD** J'adhère à une garantie **SOLO** : Surcomplémentaire non responsable :  
**Surco niveau 1 UD**

ou

 Surcomplémentaire non responsable :  
**Surco niveau 2 UD**

## SPV NON FONCTIONNAIRE, VÉTÉRAN ET JSP + 16 ANS

 J'adhère à une couverture **COMBINÉE** : Offre **COMBINÉE 1** responsable :  
**SANTÉ 18 INITIAL R UD + Surco niveau 1 R UD**

ou

 Offre **COMBINÉE 2** responsable :  
**SANTÉ 18 INITIAL R UD + Surco niveau 2 R UD** J'adhère à une garantie **SOLO** : Complémentaire santé responsable :  
**SANTÉ 18 INITIAL R UD**

ou

 Surcomplémentaire non responsable :  
**Surco niveau 1 UD**

ou

 Surcomplémentaire non responsable :  
**Surco niveau 2 UD** JE COMPLÈTE MA PROTECTION ET SOUSCRIS AU PACK HOSPI 18 UD + CD 112 UD**Hospi 18 UD** Garantie substituée par la mutuelle Viasanté

Déjà adhérent à Hospi 18 ?

 Je résilie mon contrat individuel Hospi 18 pour souscrire à l'offre collective Pack Hospi 18 et CD112 UD**CD 112 UD**

Contrat assuré par CNP Assurances

Limite de couverture - Risque décès :

 65 ans  75 ans

NB : Pensez à vérifier que la limite de couverture choisie est bien éligible à une participation financière.

Capital de base de 4 000 €

- Doubé en cas d'accident
- Triplé en cas d'accident de la circulation

Garanties de Prestations à vocation  
Sociale et Solidaires  
Garantie assurée par la MNSPF

Je soussigné .....

déclare demander la souscription du contrat Capital Décès 112 UD (CD 112 UD) auquel est associée une garantie Prestations à vocation sociale et solidaire. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information et des conditions tarifaires afférentes au contrat, de les avoir conservées et d'en avoir accepté les dispositions. Je déclare mes réponses complètes, sincères et conformes à la vérité.

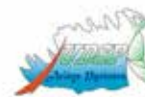
SIGNATURE ADHÉRENT (MEMBRE PARTICIPANT) :

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPRUVÉ"

Votre conjoint et/ou vos enfants de plus de 16 ans souhaitent adhérer à la garantie Hospi 18 ou souscrire un capital décès CD 112 UD?

Demandez pour chacun, un bulletin d'adhésion à votre conseiller mutualiste. Contrat à adhésion individuelle nécessitant un bulletin d'adhésion par adhérent dûment complété et signé par ce dernier.

Seul l'adhérent à l'UDSP peut bénéficier de la participation financière.



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

## Offre Collective UDSP 09

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

## JE PROTÈGE MA FAMILLE...

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	<input type="checkbox"/> Ancien Sapeur-Pompier	<input type="checkbox"/> Retraité
ENFANTS	NOM	PRÉNOM(S)	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale		
			/	/			/
			/	/			/
			/	/			/

Par défaut, je bénéficie de la télétransmission pour mes remboursements liés aux garanties 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.

## Adhésion\*

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

Les informations à caractère personnel recueillies sur ce bulletin de souscription/adhésion font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées à CNP Assurances et à la Mutuelle MNSPF. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospections commerciales, par courriers postaux ou téléphone sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre .

Vous pouvez demander en application de la Loi n° 78 17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004 801 du 6 août 2004 (dite loi informatique et liberté), la communication et rectification de toutes informations vous concernant en vous adressant par courrier au siège administratif de la Mutuelle MNSPF.

Fait à \_\_\_\_\_, le

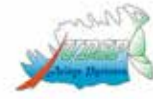
**SIGNATURE ADHÉRENT (MEMBRE PARTICIPANT) :**  
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPRUVÉ"

✓ 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
- 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
- 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**

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

Référence Unique du Mandat :

à compléter par la MNSPF

Débiteur

Nom et Prénom(s)\* : \_\_\_\_\_

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

Code postal\*      Ville\* : \_\_\_\_\_

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

IBAN\*

BIC\*

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ634211

Créancier

Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France

6 boulevard Déodat de Séverac

CS 60 327

31773 COLOMIERS Cedex

France

Signé à\* : \_\_\_\_\_

Le\*

### 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

Signature du titulaire du compte\* :



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

/   /

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 des dites opérations hors de l'extrait de compte qu'elle vous adressera, ni éventuellement de leur non-exécution.

## Règlement de mes prestations

### Je souhaite que mes remboursements de prestations s'effectuent\*

- sur le RIB déclaré **CI-DESSUS** dans le mandat de prélèvement SEPA pour moi et tous les bénéficiaires de mon contrat, par défaut.
- sur un autre RIB (Joignez les différents RIB des personnes déclarées ci-dessous, en indiquant au dos 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 RIB 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 : \_\_\_\_\_