



CHANGEMENT DE GARANTIE

NOM : _____

Prénom : _____

Numéro Adhérent : _____
Ou Sécurité Sociale

Je vous demande, par la présente, de bien vouloir modifier mon offre santé à compter **du 1^{er} Janvier 2011.**

Je fais donc le choix d'être couvert pour l'année 2011, pour moi ainsi que tous les membres couverts par mon contrat MGAS, par l'offre suivante :

Vita Santé

Multi Santé

Prémis Santé
(Selon conditions énoncées au règlement mutualiste en vigueur)

Date :

Signature

Conformément à l'article 5-5 de statuts,
ce document doit être adressé par **lettre recommandée avec accusé de réception**
avant le 31 octobre de l'année civile pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année civile
suivante, à l'adresse ci-après :

MGAS SERVICE GESTION
31 RUE FALGUIERE
75730 PARIS CEDEX 15

Mutuelle régie
Par le code de la
Mutualité



MGAS Siège Social
31 Rue Falguière
75730 PARIS CEDEX 15

Centre d'appel 0 826 103 183
www.mgas.fr

