



# CHANGEMENT DE GARANTIE

## À COMPTER DU 01/01/11

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale :

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

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

Mail : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Je fais le choix pour moi-même et mes ayants droit mutualistes de la garantie.

**Vita Santé**

**Multi Santé**

**Prémi Santé**

Date : \_\_\_\_\_

Signature

Conformément aux articles 10 et 11 des statuts,  
ce document doit impérativement être adressé, par lettre recommandée  
avec accusé de réception avant le 31/10/10 pour une prise d'effet au 01/01/11, à :  
MGEFI - Service à l'adhérent, 75705 Paris Cedex 13