



CHANGEMENT DE GARANTIE

À COMPTER DU 01/01/09

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 ou en courrier simple, à :
MGEFI - Service à l'adhérent, 75705 Paris Cedex 13