



# BULLETIN DE SOUSCRIPTION

CAS - 58, Bd de la Guyane  
94160 Saint-Mandé

Date d'effet :

(Au plus tôt, le lendemain de la demande de réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation)

Code :

N° MGS :

## Vos Coordonnées (Souscripteur)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

## Votre régime obligatoire

Salarié

Travailleur non salarié

Agriculteur

Loi Madelin

Alsace Moselle

Oui

Non

## Vos garanties

A100

A125

A150

A175

A200

A225

ALE 0

## Les personnes à garantir

|                         | Nom | Prénom | Date de naissance | Sexe | N° de Sécurité Sociale + clé | Organisme d'affiliation | Votre Cotisation |
|-------------------------|-----|--------|-------------------|------|------------------------------|-------------------------|------------------|
| Vous                    |     |        |                   |      |                              |                         |                  |
| Conjoint(e)             |     |        |                   |      |                              |                         |                  |
| 1 <sup>er</sup> enfant  |     |        |                   |      |                              |                         |                  |
| 2 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |                              |                         |                  |
| 3 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |                              |                         | Gratuit          |
| 4 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |                              |                         | Gratuit          |
| 5 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |                              |                         | Gratuit          |

Joindre la photocopie de l'attestation de carte Vitale de chaque personne à inscrire.

Cotisation totale à payer : 0,00€

## Votre mode de paiement

Par prélèvement automatique le 13 de chaque mois

Joindre obligatoirement un R.I.B. bancaire ou postal (livret A exclus), une demande et autorisation de prélèvement (complétées et signées)

Je demande mon adhésion à la convention collective souscrite par ALEXIA SANTE auprès de la mutuelle santé MGS Groupe N°3365, par l'intermédiaire de CAS Assurances, 58 Bd. De Guyane, RCS 521 754 374 , N° ORIAS 10 055 790, et en fonction de la formule choisie par moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur de la mutuelle, et notamment de mon droit de renonciation et d'avoir reçu la réglementation sur le démarchage et la vente à distance, en accepter les dispositions.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur la Mutuelle.

Fait à

le

Signature de l'adhérent :

Votre conseiller :