



# BULLETIN DE SOUSCRIPTION ALEXIA Senior

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

Date d'effet : ...../...../.....

(Au plus tôt, le lendemain de la réception du bulletin de souscription, sous réserve du paiement de la première cotisation)

Code : CAS \_ \_ \_ \_ C

N° MGS : .....

## Vos Coordonnées (Souscripteur)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Téléphone : .....

Ville : .....

E-mail : .....@.....

## Votre régime obligatoire

- Salarié
- Agricole
- Alsace Moselle

- Travailleur non salarié
- Loi Madelin  Oui  Non

## Vos garanties

AS10

AS12

AS15

AS20

## 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 :

## Votre mode de paiement

Par prélèvement automatique  
le 13 de chaque mois

Joindre obligatoirement un R.I.B. bancaire ou postal (livret A exclu), un mandat de prélèvement SEPA (complété et signé).

Je demande mon adhésion à la convention collective souscrite par ALEXIA SANTE auprès de la mutuelle santé MGS, 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 :