

BULLETIN DE SOUSCRIPTION (à retourner à GROUPE MDS - 2/4 rue Louis David - 75016 PARIS)

Je soussigné (e) Nom..... Prénom..... Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse.....
 Code postal [] [] [] [] [] [] Ville.....

atteste avoir reçu une notice d'information relative aux contrats d'assurance FFV/MAIF/MDS et reconnais avoir été informé(e) des possibilités offertes par les garanties complémentaires et les options « Rachat de franchise » et « Responsabilité Civile hors navigation » ci-dessus énoncées

Je souscris aux **garanties complémentaires MDS n°1** et je joins un chèque de € **à l'ordre de la MDS**
 A réception par la MDS, il me sera adressé un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat PREVI VOILE. Je disposerai alors d'un délai de 40 jours pendant lequel je pourrai renoncer à mon adhésion.

Je souscris à la garantie « **Rachat de franchise** » **MAIF n° 2** et je joins un chèque de **46** € **à l'ordre de MDS CONSEIL**

Je souscris à la garantie « **Responsabilité Civile hors navigation** » **MAIF n° 3** et je joins un chèque de 2 € **à l'ordre de MDS CONSEIL**

Je ne souhaite souscrire à aucune garantie complémentaire en cas d'accidents corporels et **remet le présent bulletin réponse à mon club**

Fait à Le [] [] [] [] [] [] [] []

Signature du licencié (des représentants légaux pour les mineurs) précédée de la mention « lu et approuvé »

SIGNATURE