

## Regroupement de facturation

Nous attirons votre attention sur le fait que le regroupement de la facturation concerne uniquement des époux, des partenaires enregistrés, des concubins ou des enfants mineurs jusqu'à 18 ans révolus. De plus, tous les membres doivent être assurés auprès de la même caisse.

### Partenaire 1 : preneur d'assurance

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ N° de client: \_\_\_\_\_

### Partenaire 2 :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ N° de client: \_\_\_\_\_

### Enfant(s) :

Nom et prénom	N° de client	Date de naissance	Facturation avec	
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>

### Les factures conjointes doivent être envoyées à quelle adresse ?

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Rue/N°: \_\_\_\_\_ Case postale: \_\_\_\_\_  
 NPA: \_\_\_\_\_ Localité: \_\_\_\_\_

### Banque/poste

Titulaire du compte: \_\_\_\_\_  
 Banque/Postfinance: \_\_\_\_\_ IBAN/N° de compte: \_\_\_\_\_  
 N° de clearing: \_\_\_\_\_ NPA/Localité: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Signature partenaire 1: \_\_\_\_\_ Signature partenaire 2: \_\_\_\_\_

Document à retourner à l'adresse suivante:

Groupe Mutuel – Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

#### Sociétés de Groupe Mutuel Holding SA :

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA-1845 SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP

Coordonnées administratives : Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – www.groupemutuel.ch