

Regroupement de facturation

Nous attirons votre attention sur le fait que le regroupement de contrat 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.

Preneur du contrat

Nom: _____ Prénom: _____
Caisse-maladie: _____ N° partenaire: _____

Partenaire 1: preneur du contrat

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance: _____ N° partenaire: _____

Partenaire 2

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance: _____ N° partenaire: _____

Enfant(s)

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

Les factures conjointes doivent être envoyées à quelle adresse?

Nom: _____ Prénom: _____
Rue: _____ Case postale: _____
NPA: _____ Localité: _____

Banque/poste

Preneur du compte: _____
Banque/poste: _____ N° de compte: _____
N° clearing: _____ NPA/Localité: _____

Lieu et date: _____

Signature partenaire 1 _____ Signature partenaire 2 _____

Document à retourner à l'adresse suivante:

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