groupemutuel

Dégroupement de facturation au _____

(indiquez une date dans le futur)

Formulaire d'acutalisation des données

Si aucune date n'est indiquée, la séparation de contrat aura lieu à la prochaine échéance possible.

Partenaire 1 : preneur d'assurance

Nom: Prénom:

Nom de l'assureur: N° de client:

Rue/N°: Case postale:

NPA: Localité:

Téléphone privé: Portable:

E-mail:

Banque/Postfinance: IBAN/N° de compte:

N° clearing: NPA/Localité:

Partenaire 2

Nom: Prénom:

Nom de l'assureur: N° de client:

Rue/N°: Case postale:

NPA: Localité:

Téléphone privé: Portable:

E-mail:

Banque/Postfinance: IBAN/N° de compte:

N° clearing: NPA/Localité:

Enfant(s)

Nom et prénom	N° de client	Date de naissance	Facturation avec		
			Partenaire 1	Partenaire 2	Seul
			Partenaire 1	Partenaire 2	Seul
			Partenaire 1	Partenaire 2	Seul
			Partenaire 1	Partenaire 2	Seul

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