

Dégroupement de facturation

Formulaire d'actualisation des données

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 <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"/>

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