

Regroupement familial Formulaire d'actualisation des données

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. Si la caisse-maladie, l'adresse et le compte bancaire/postal sont identiques, nous émettons une seule facture pour toutes les personnes mentionnées ci-dessous.

Partenaire 1: preneur du contrat

Nom:	Prénom:
Caisse-maladie:	N° partenaire:
Rue:	Case postale:
NPA:	Localité:
Téléphone privé:	Mobile:
E-mail:	
Banque/poste:	N° de compte:
N° clearing:	NPA/Localité:

Partenaire 2

Nom:	Prénom:
Caisse-maladie:	N° partenaire:
Rue:	Case postale:
NPA:	Localité:
Téléphone privé:	Mobile:
E-mail:	
Banque/poste:	N° de compte:
N° clearing:	NPA/Localité:

Enfant(s)

Nom et prénom:	N° partenaire	Date de naissance	Groupement 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"/>

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