

Départ Suisse - Coupon réponse - Rentier

Nom et prénom _____ No partenaire _____

Date de naissance _____ Nationalité _____

Etat civil _____ Pays de destination _____

Domicile légal actuel (Rue, NPA, Localité et Pays) _____

No de téléphone _____ Adresse e-mail _____

Nom et adresse de banque _____

BIC/SWIFT _____

IBAN et/ou le numéro de compte _____

Membre(s) de votre famille

Conjoint

Nom et prénom du conjoint _____

Assureur du conjoint _____

☐ Mon conjoint n'exerce pas d'activité lucrative _____

☐ Mon conjoint exerce une activité lucrative en (indiquer le nom du pays) _____

☐ Mon conjoint est au bénéfice d'une rente/indemnités journalières : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom du pays/organe débiteur de la rente _____

Enfant(s)

- ☐ Je n'ai aucun enfant à ma charge.
- ☐ J'ai un enfant/des enfants à ma charge. Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

Prénom de l'enfant	Nom de l'enfant	Date de naissance	Assureur(s)	Situation (écolier, apprenti, etc)
--------------------	-----------------	-------------------	-------------	------------------------------------

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA – 1846 SA
AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Mutuel Assurances SA

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

Bénéficiaire d'une rente Suisse / Indemnités journalières depuis le _____

Nom et adresse de l'organisme qui verse la rente _____

Type de prestation légale :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> assurance-vieillesse AVS | <input type="checkbox"/> assurance-invalidité AI |
| <input type="checkbox"/> assurance militaire AM | <input type="checkbox"/> assurance-accidents AA |
| <input type="checkbox"/> prévoyance professionnelle (PP) rente | <input type="checkbox"/> prévoyance professionnelle (PP) capital |
| <input type="checkbox"/> rente orphelin | |

☐ **Je désire maintenir mon contrat**

- Joindre l'attestation de départ de votre commune de domicile en Suisse
- Joindre document attestant le droit à une rente Suisse

La prime de votre assurance obligatoire des soins sera adaptée selon votre nouveau pays de résidence.

☐ **Je désire résilier mon contrat et m'assurer dans mon nouveau pays de domicile**

Adressez-vous à: Institution Commune LAMal de Soleure, Gibelinstrasse 25, Case postale, 4503 Soleure
Tél.+41(0)32 625 30 30, et ce afin d'exercer votre droit d'option (uniquement pour les départs en Autriche, Allemagne, France, Italie, Espagne* et Portugal). ** personnes de nationalité suisse ou espagnole*

- Joindre l'attestation de départ de la commune de domicile en Suisse
- Joindre l'attestation de la nouvelle caisse-maladie étrangère

Mon revenu provient/proviendra de l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis/dès le _____

Type de revenu _____ Pays de provenance _____

Taux d'activité (%) _____

- Joindre l'attestation de départ de votre commune de domicile en Suisse

Lieu et date :

Signature :



Document à retourner à l'adresse suivante:

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

Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA – 1846 SA
AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Mutuel Assurances SA

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