

Coupon-réponse

Nom et prénom: _____ N° partenaire: _____

Date de naissance: _____ Nationalité: _____

Etat civil: _____ Pays de destination: _____

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

Numéro de tél.: _____ Adresse e-mail: _____

Nom et adresse de la banque: _____

BIC/SWIFT: _____

IBAN et/ou le numéro de compte: _____

Bénéficiaire d'une rente suisse / Indemnités journalières depuis le: _____

Je désire maintenir mon contrat.

Joindre l'attestation de départ de votre commune de domicile en Suisse ainsi qu'un document attestant le droit à une rente suisse.

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). L'institution nous transmettra directement la décision validée.

Documents à joindre:

- Attestation de départ de votre commune de domicile en Suisse
- 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: _____

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

Autre revenu salarié éventuel: Oui Non

Si oui:

Pays de provenance: _____

Taux d'activité (%): _____

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.)

Lieu et date: _____

Signature: _____

Document à retourner à l'adresse suivante:

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