

Départ Suisse - Coupon réponse – Membre de famille à charge

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

Membre de votre famille à charge d'une personne percevant un revenu en Suisse

(famille du résident et travailleur en Suisse): ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis/dès le _____

Type de revenu _____

- Joindre l'attestation de départ de la commune de domicile en Suisse.

Mon revenu provient/proviendra de l'étranger (rente, salaire, chômage, indemnités journalières) : ☐ 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

Assuré de plus de 25 ans ayant son indépendance financière

☐ Oui ☐ Non (financement unique des parents)

Lieu et date :

Signature :



Document à retourner à l'adresse suivante:

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