

## Dégroupement familial Formulaire d'actualisation des données

### 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