

## Scomposizione nucleo familiare Modulo d'aggiornamento dati

### Partner 1: contraente

Cognome:	Nome:
Assicuratore:	N° partner:
Via:	Casella postale:
CAP:	Luogo:
Telefono:	Cellulare:
E-mail:	
Banca/posta:	N° di conto:
N° clearing:	CAP/Luogo:

### Partner 2

Cognome:	Nome:
Assicuratore:	N° partner:
Via:	Casella postale:
CAP:	Luogo:
Telefono:	Cellulare:
E-mail:	
Banca/posta:	N° di conto:
N° clearing:	CAP/Luogo:

### Figlio(i)

Cognome e nome:	N° partner	Data di nascita	Raggruppamento con	
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>

Luogo e data:

Firma partner 1

Firma partner 2

Documento da inviare al seguente indirizzo:

Groupe Mutuel – Gestione clienti - Rue des Cèdres 5 - Casella postale - CH-1919 Martigny