

## Raggruppamento fatturazione

Vorremmo attirare la vostra attenzione sul fatto che il consolidamento della fatturazione è possibile solo per i coniugi, partner registrati, conviventi o figli minorenni fino a 18 anni. Inoltre, tutti i membri devono essere assicurati con lo stesso assicuratore.

### Partner 1: contraente

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ Numero di cliente: \_\_\_\_\_

### Partner 2:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ Numero di cliente: \_\_\_\_\_

### Figlia/Figlio/Figli:

Nome e cognome	Numero di cliente	Data di nascita	Fatturazione 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"/>

### Dove devono essere inviate le fatture congiunte?

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Via/N°: \_\_\_\_\_ Casella postale: \_\_\_\_\_  
 CAP: \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

### Banca/Posta:

Titolare del conto: \_\_\_\_\_  
 Banca/Postfinance: \_\_\_\_\_ IBAN/Numero di conto: \_\_\_\_\_  
 Numero di clearing: \_\_\_\_\_ CAP/Luogo: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma partner 1: \_\_\_\_\_ Firma partner 2: \_\_\_\_\_

Documento da rinviare al seguente indirizzo:

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

#### Società di Groupe Mutuel Holding SA :

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

Fondazione amministrata da Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP

Recapiti amministrativi: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848803111 – www.groupemutuel.ch