

Trennung der Fakturierung per _____ (Ein Datum in der Zukunft angeben)

Formular zur Aktualisierung der Daten

Wenn kein Datum angegeben wird, erfolgt die Vertragstrennung auf den nächstmöglichen Termin.

Partner 1 : Versicherungsnehmer

Name: _____ Vorname: _____

Versicherer: _____ Kundennummer: _____

Strasse/Nr.: _____ Postfach: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bank/Post: _____ IBAN/Konto-Nr.: _____

Clearing-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Partner 2

Name: _____ Vorname: _____

Versicherer: _____ Kundennummer: _____

Strasse/Nr.: _____ Postfach: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bank/Post: _____ IBAN/Konto-Nr.: _____

Clearing-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Kind(er)

Name und Vorname	Kundennummer	Geb.-Datum	Rechnungsstellung mit		
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>	Allein <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>	Allein <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>	Allein <input type="checkbox"/>
			Partner 1 <input type="checkbox"/>	Partner 2 <input type="checkbox"/>	Allein <input type="checkbox"/>

Ort und Datum: _____

Unterschrift Partner 1: _____ Unterschrift Partner 2: _____

Formular an folgende Adresse schicken:

Groupe Mutuel – Rue des Cèdres 5 - Postfach - CH-1919 Martigny