

Zusammenführung der Familie, gültig ab _____

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	Zusammenschluss mit	
			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"/>

Ort und Datum : _____

Unterschrift Partner 1 : _____ Unterschrift Partner 2 : _____

Wichtige Informationen:

Die Zusammenführung der Familie kann nicht auf ein Datum beantragt werden, das vor jenem der Unterschrift liegt. Wenn kein Datum angegeben wird, erfolgt die Vertragszusammenführung auf den nächstmöglichen Termin.

Mit ihrer Unterschrift sind die erwachsenen Versicherten damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz, Prämienrechnungen und Abrechnungen der Kostenbeteiligung an den auf diesem Formular angegebenen Versicherungsnehmer adressiert werden, und dass dieser Zugang hat zu allen Vertragsangaben, darunter auch jene zur medizinischen Versorgung und zum Gesundheitszustand.

Der Zusammenführung der Familie bezieht sich ausschliesslich auf Ehepartner, Konkubinatspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Sofern der Versicherer, die Adresse und das Bank- Postkonto identisch sind, wird eine gemeinsame Rechnung für alle aufgeführten Personen ausgestellt.

Formular an folgende Adresse schicken : Groupe Mutuel – Rue des Cèdres 5 - Postfach - CH-1919 Martigny