

Scomposizione nucleo familiare dal _____ **(indicare una data futura)**

Modulo di aggiornamento dei dati

Se non è indicata alcuna data, la scomposizione del contratto avverrà alla prossima data di scadenza possibile

Partner 1: contraente

Cognome:	Nome:
Assicuratore:	N° di cliente:
Via/N°:	Casella postale:
CAP:	Luogo:
Telefono privato:	Cellulare:
E-mail:	
Banca/Postfinance:	IBAN/N° di conto:
N° di clearing:	CAP/Luogo:

Partner 2

Cognome:	Nome:
Assicuratore:	N° di cliente:
Via/N°:	Casella postale:
CAP:	Luogo:
Telefono privato:	Cellulare:
E-mail:	
Banca/Postfinance:	IBAN/N° di conto:
N° clearing:	CAP/Luogo:

Figli:

Cognome e nome	N° di cliente	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 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 – 0848 803 111 – www.groupemutuel.ch