

Gruppierung der Fakturierung gültig ab _____

Partner 1 : Versicherungsnehmer

Name: _____ Vorname : _____
 Versicherer : _____ Kundennummer: _____

Partner 2

Name: _____ Vorname : _____
 Versicherer : _____ Kundennummer: _____

Kind(er)

Name und Vorname :	Kundennummer	Geb.-Datum	Rechnungsstellung 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"/>

An welche Adresse sollen die gemeinsamen Rechnungen geschickt werden?

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ Postfach: _____
 PLZ: _____ Ort: _____

Bank-Postkonto

Inhaber des Kontos: _____
 Bank/Post : _____ IBAN/Konto-Nr.: _____
 Clearing-Nr. : _____ PLZ/Ort : _____

Ort und Datum : _____

Unterschrift Partner 1: _____ Unterschrift Partner 2: _____

Wichtige Informationen:

Die Zusammenführung der Rechnungsstellung 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 erwachsenen Versicherten damit einverstanden, dass sämtliche Prämienrechnungen und Abrechnungen der Kostenbeteiligung an den auf diesem Formular angegebenen Rechnungsempfänger adressiert werden, und dass dieser Zugang hat zu Informationen im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung und dem Gesundheitszustand.

Der Zusammenführung der Rechnungsstellung bezieht sich ausschliesslich auf Ehepartner, Konkubinatspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Sie ist nur möglich für Personen, die beim gleichen Versicherer versichert sind.

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