

## Dégrouperment de facturation au \_\_\_\_\_

(indiquez une date dans le futur)

### Formulaire d'actualisation des données

Si aucune date n'est indiquée, la séparation de contrat aura lieu à la prochaine échéance possible.

#### Partenaire 1 : preneur d'assurance

Nom:	Prénom:
Nom de l'assureur:	N° de client:
Rue/N°:	Case postale:
NPA:	Localité:
Téléphone privé:	Portable:
E-mail:	
Banque/Postfinance:	IBAN/N° de compte:
N° clearing:	NPA/Localité:

#### Partenaire 2

Nom:	Prénom:
Nom de l'assureur:	N° de client:
Rue/N°:	Case postale:
NPA:	Localité:
Téléphone privé:	Portable:
E-mail:	
Banque/Postfinance:	IBAN/N° de compte:
N° clearing:	NPA/Localité:

#### Enfant(s)

Nom et prénom	N° de client	Date de naissance	Facturation avec		
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>
			Partenaire 1 <input type="checkbox"/>	Partenaire 2 <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>

Lieu et date:

Signature partenaire 1:

Signature partenaire 2:

Document à retourner à l'adresse suivante:

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

**Sociétés de Groupe Mutuel Holding SA :**

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA-1845 SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA

**Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA:** Groupe Mutuel Prévoyance-GMP

**Coordonnées administratives :** Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – www.groupemutuel.ch