

Regroupement de facturation dès le _____

Partenaire 1 : preneur d'assurance

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ N° de client: _____

Partenaire 2 :

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ N° de client: _____

Enfant(s) :

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

Les factures conjointes doivent être envoyées à quelle adresse ?

Nom: _____ Prénom: _____
 Rue/N°: _____ Case postale: _____
 NPA: _____ Localité: _____

Banque/poste

Titulaire du compte: _____
 Banque/Postfinance: _____ IBAN/N° de compte: _____
 N° de clearing: _____ NPA/Localité: _____

Lieu et date: _____

Signature partenaire 1: _____ Signature partenaire 2: _____

Informations importantes :

Le regroupement de la facturation ne peut pas être demandé pour une date antérieure à celle de la signature du présent formulaire. Si la date de regroupement n'est pas indiquée ci-dessus, le regroupement sera enregistré pour la prochaine échéance possible.

En signant ce formulaire, les personnes assurées majeures acceptent que toutes les factures de primes et décomptes de participations soient adressés au destinataire des factures indiqué dans le présent formulaire, et acceptent que ce dernier ait accès à des informations liées aux soins médicaux et à l'état de santé.

Le regroupement de la facturation concerne uniquement des époux, des partenaires enregistrés, des concubins ou des enfants mineurs jusqu'à 18 ans révolus. Le regroupement des factures n'est possible que des personnes assurées auprès du même assureur.

Document à retourner à l'adresse 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