

Regroupement familial valable dès le _____

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: | 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: | N° de compte: |
| N° clearing: | NPA/Localité: |

Enfant(s)

| Nom et prénom | N° de client | Date de naissance | Regroupement 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"/> |

Lieu et date:

Signature partenaire 1:

Signature partenaire 2:

Informations importantes :

Le regroupement familial 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 date de facturation.

En signant ce formulaire, les personnes assurées majeures acceptent que toutes les communications, factures de primes et décomptes de participations soient adressés au preneur d'assurance indiqué dans le présent formulaire, et acceptent que ce dernier ait accès à l'ensemble des données du contrat, y compris celles liées aux soins médicaux et à l'état de santé.

Le regroupement familial concerne uniquement des époux, des partenaires enregistrés, des concubins ou des enfants mineurs jusqu'à 18 ans révolus. Si l'assureur, les données d'adresse et les coordonnées bancaires ou postales sont identiques pour l'ensemble des personnes assurées indiquées sur le présent formulaire, ces dernières feront l'objet d'une facturation regroupées.

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 / 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