



Modification des données de client

Données personnelles (jusqu'à alors)

Nom	Prénom
Rue / no	NPA / localité
Téléphone	Date de naissance
Numéro d'assuré	

Motif de la modification

(prière de cocher le champ correspondant)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Changement de nom | <input type="checkbox"/> Inclure la couverture des accidents |
| <input type="checkbox"/> Changement d'adresse | <input type="checkbox"/> Exclure la couverture des accidents |
| <input type="checkbox"/> Nouveau compte bancaire / Postal | <input type="checkbox"/> Regroupement familiale |
| <input type="checkbox"/> Chang. de compte bancaire / Postal | <input type="checkbox"/> Séparation de famille / facture séparée |

Encaissement nouveau: par mois tous les 2 mois par trimestre par semestre
 par ans

Description (Veuillez préciser en détail la modification désirée)

Nouveau nom _____

Nouvelle adresse _____

Nouveau compte no _____ IBAN no _____

Nom et adresse de la banque _____

Nom des membres appartient
nouvellement à une famille _____

Nom de l'assuré doté
nouvellement du statut
de membre individuel _____

Valable à partir du: _____

Lieu / date _____ Signature _____