

Formulaire de regroupement familial

Ce formulaire vous est adressé en tant que représentant de famille. Avant de le remplir, nous vous invitons à consulter l'ensemble des informations importantes relatives à votre regroupement familial sur le document « Informations générales » joint ou sur assura.ch/services/family-group.

Représentant de famille

Nom	Prénom
Police n°	Date de naissance
Rue	N°
NPA	Localité
E-mail	Téléphone
Etablissement bancaire	
Titulaire du compte	
nom(s) et prénom(s) tels qu'enregistrés à la banque/poste	
IBAN	

Espace Client

- Vous avez déjà un Espace Client.
- Vous n'avez pas d'Espace Client mais l'un ou plusieurs membres de votre famille en a un. Le compte appartenant au membre de la famille suivant vous sera transféré et les autres seront clôturés :
- | | |
|----------------|--------|
| Nom | Prénom |
| Adresse e-mail | |
- Aucun membre de la famille n'a d'Espace Client : vous souhaitez créer un compte sur assura.ch.
- Vous ne souhaitez pas d'espace client.

Mode de facturation et de paiement des primes

- QR-facture eBill (informations sur ebill.ch)
- Prélèvement direct banque (LSV+) Swiss Direct Debit (CH-DD)

Si vous optez pour le prélèvement direct (LSV+ ou Swiss Direct Debit), merci de remplir le formulaire disponible sur assura.ch/fr/nos-services à la section « Documents utiles ». Pour le LSV+, transmettez-le à votre banque. Pour le Swiss Direct Debit, cette étape n'est requise que pour les comptes bancaires.

Périodicité de paiement des primes

- Annuelle (rabais de 2%) Semestrielle (rabais de 1%) Trimestrielle Mensuelle

Entrée en vigueur du regroupement familial

Le regroupement familial aura lieu à l'occasion de la prochaine facturation.

Membres du regroupement familial

Les personnes à intégrer dans le regroupement familial doivent être domiciliées à la même adresse que vous et vous devez disposer de l'autorité parentale sur les membres du regroupement qui sont mineurs.

Les coordonnées de chacun sont à mentionner ci-dessous. En outre, il convient que chaque personne âgée de 18 ans et plus marque son accord en apposant sa signature sur ce document.

Personne(s) âgée(s) de moins de 18 ans

1	Nom	Prénom
	Police n°	Date de naissance
	Rue	N°
	NPA	Localité
2	Nom	Prénom
	Police n°	Date de naissance
	Rue	N°
	NPA	Localité
3	Nom	Prénom
	Police n°	Date de naissance
	Rue	N°
	NPA	Localité

Personne(s) âgée(s) de 18 ans ou plus

Par ma signature, j'accepte que ma police d'assurance soit gérée par le représentant de famille. De ce fait, toutes les correspondances et informations me concernant peuvent lui être communiquées, y compris des données personnelles sensibles, telles que mes données de santé. Je peux retirer cet accord, sans justification et en tout temps, en informant par écrit le Service Client Assura.

4	Nom	Prénom
	Police n°	Date de naissance
	Lieu	Date
	Signature	
5	Nom	Prénom
	Police n°	Date de naissance
	Lieu	Date
	Signature	

Signature du représentant de famille désigné

Par ma signature, je confirme l'exactitude des informations indiquées ci-dessus et accepte que l'intégralité de la correspondance concernant les membres de mon regroupement familial me soit communiquée.

Lieu	Date
Signature	

Nous répondons volontiers à vos questions au 0800 277 872 (numéro gratuit).