

## Regroupement de contrats

### Données concernant le regroupement de contrat valable dès le

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

#### 1. Clients restant dans le contrat

Responsable de famille	
_____	
Nom, prénom	_____
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____
Rue, no	_____
NPA, lieu	_____
Courriel	Téléphone
_____	_____

#### Le compte bancaire est-il toujours actif ?

Oui  Non, IBAN

Vous souhaitez que l'argent soit versé sur un compte à l'étranger ? Si vous nous indiquez un IBAN étranger, vous acceptez la taxe de CHF 3.-- par versement. Nous déduirons directement la taxe du montant à verser.

#### Fréquence de paiement souhaitée ?

mensuelle<sup>1</sup>  bimestrielle<sup>1</sup>  trimestrielle  semestrielle

annuelle (0.5% de rabais)

Recouvrement direct Banque (LSV)  Swiss Direct Debit (CH-DD)

<sup>1</sup> Le montant total de la prime doit être supérieur à CHF 100. --.

#### Autres personnes restant dans le contrat

Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____
Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____
Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____

#### 2. Clients entrant dans le contrat

Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____
Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____
Nom, prénom	
_____	
Numéro d'assurance	Date de naissance
_____	_____

Les personnes majeures du contrat acceptent que le Groupe Helsana envoie toute la correspondance à la personne responsable de la famille. Cette dernière a donc accès à toutes les données des personnes du contrat, y compris des données personnelles sensibles. Si l'un des membres majeurs du contrat souhaite se rétracter, il doit en informer le Service Clientèle par écrit.

---

---

Lieu et date

---

---

Signature de la personne responsable de la famille

---

---

Lieu et date

---

---

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Veillez nous renvoyer le formulaire dûment rempli et signé à [form@helsana.ch](mailto:form@helsana.ch), via le portail myHelsana ou par la Poste à : Helsana Assurances SA, Case postale, 8081 Zurich – merci beaucoup.