



## 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 [assura.ch/services/family-group](http://assura.ch/services/family-group).

### Représentant de famille

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

### 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](http://assura.ch).
- Vous ne souhaitez pas d'espace client.

### Mode de facturation et de paiement des primes

- QR-facture
- Prélèvement direct banque (LSV+)
- eBill (informations sur [ebill.ch](http://ebill.ch))
- 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](http://assura.ch/fr/nos-services) à la section « Documents utiles », et de le transmettre à votre banque.

### Périodicité de paiement des primes

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

### Entrée en vigueur du regroupement familial

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

# assura.

## 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

Nom(s), Prénom(s)

---

Police n°

---

Date de naissance

---

Rue, n°

---

NPA, Localité

---

Nom(s), Prénom(s)

---

Police n°

---

Date de naissance

---

Rue, n°

---

NPA, Localité

---

Nom(s), Prénom(s)

---

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.

Nom(s), Prénom(s)

---

Police n°

---

Date de naissance

---

---

Lieu et date

---

Signature

Nom(s), Prénom(s)

---

Police n°

---

Date de naissance

---

---

Lieu et 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 et date

---

Signature

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