
Groupe Mutuel
Abteilung Mitgliedschaft
Rue du Nord 5
1920 Martigny

EINTRITTSDATUMVERSCHIEBUNG

Name der Kasse: _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir das Eintrittsdatum des folgenden Vertrages (folgender Verträge) verschieben möchten:

Versicherungsnehmer:	Police:	Branche:	mit Wirkung per:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Besten Dank für die Kenntnisnahme und Ihre Bestätigung in den nächsten Tagen.

Freundliche Grüße
