

Changement d'assurance

Résiliation – Protection juridique

Veillez retourner ce formulaire à Visana et non à votre assureur-maladie. Nous vous garantissons que nous ne transmettrons votre résiliation que lorsque vous serez assuré/e sans réserve et selon vos désirs auprès de Visana.

Votre nom et votre adresse

Recommandé

(Adresse exacte de votre assurance actuelle)

Date du timbre postal

Par la présente, je résilie la/les assurance(s) suivante(s) pour le

ou pour la prochaine échéance possible.

Preneur/preneuse d'assurance

Nom	
Prénom	
Date de naissance	(Jour/Mois/Année)
Nom	
Prénom	
Date de naissance	(Jour/Mois/Année)
Nom	
Prénom	
Date de naissance	(Jour/Mois/Année)
Nom	
Prénom	
Date de naissance	(Jour/Mois/Année)

Assurance à résilier

(Prière de marquer d'une croix)

Ass. protection juridique privée	au
Ass. protection juridique circulation	au
N° d'assurance	
Ass. protection juridique privée	au
Ass. protection juridique circulation	au
N° d'assurance	
Ass. protection juridique privée	au
Ass. protection juridique circulation	au
N° d'assurance	
Ass. protection juridique privée	au
Ass. protection juridique circulation	au
N° d'assurance	

Je vous remercie de ne pas chercher à me faire changer d'avis et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur.

Lieu/date

Signature
Preneur/euse d'assurance

Signature
Conjoint/e

Signature
Jeunes gens de plus de 18 ans