



Sortie de l'assurance collective d'indemnités journalières et/ou de l'assurance complémentaire LAA

Personne assurée

Nom, prénom	Date de naissance
Rue, n°	Sexe m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/>
NPA, localité	Nationalité
Téléphone	Autorisation de séjour
Téléphone professionnel	Profession
Mobile	

En quittant l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, vous avez le droit, au cours des trois premiers mois, de passer dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières en cas de maladie de Visana sans devoir vous soumettre à un nouvel examen de votre état de santé.

Pour l'assurance complémentaire LAA, la personne assurée dispose de 30 jours, pour faire valoir son droit de passage dans l'assurance-accidents individuelle auprès de Visana.

Déclaration de l'assuré(e)

<input type="checkbox"/> Je vais quitter/J'ai quitté l'entreprise.	Pour quelle date?
<input type="checkbox"/> Le contrat d'assurance collectif de mon employeur sera résilié/ a été résilié	Pour quelle date?
<input type="checkbox"/> Je suis intéressé(e) à maintenir mon (mes) assurance(s) et souhaite recevoir une offre sans engagement	Pour quelle(s) assurance(s)? <input type="checkbox"/> Assurance individuelle d'indemnités journalières de maladie <input type="checkbox"/> Assurance-accidents individuelle
<input type="checkbox"/> Je renonce à mon droit de garder les assurances correspondantes. (Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions suivantes; il vous suffit de signer le formulaire.)	
<input type="checkbox"/> Je souhaite un conseil en assurances sans engagement de ma part.	A quel moment suis-je joignable?
<input type="checkbox"/> Je reste dans l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières (seulement valable CGA 2006 et anciennes) Explication: Vous recevez encore des indemnités journalières pour votre maladie existante jusqu'à ce que vous ayez recouvré votre capacité de travail, resp. que vous ayez atteint la durée maximale d'allocation des prestations. Il n'existe pas de protection d'assurance pour de nouvelles maladies. Le fait de rester dans le contrat collectif n'est pas soumis au paiement d'une prime.	

Questions complémentaires (Répondre uniquement si vous souhaitez recevoir une offre de transfert)

1. Etes-vous en incapacité de travail/de gain?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, à cause de
2. Etes-vous au chômage?	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui, une obligation alimentaire subsiste-t-elle vis-à-vis des enfants ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
3. Avez-vous déjà un nouveau contrat de travail?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pour quelle date?
Si oui, votre nouvel employeur a-t-il déjà une assurance collective d'indemnités journalières de maladie?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
4. Vous établissez-vous à votre compte?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pour quelle date?

Par ma signature, j'atteste avoir été informé(e) de mon droit de transfert dans les assurances individuelles de Visana. J'ai également pris connaissance du fait que ma couverture d'assurance d'indemnités journalières et/ou d'assurance complémentaire LAA de mon ancien employeur s'éteint à la fin du contrat de travail. En même temps, je confirme l'exactitude des données fournies.

Lieu et date

Signature



Personne assurée

Nom, prénom _____ Lieu _____

Indications de l'employeur

Nom de l'entreprise _____ Personne de référence _____

Rue, n°/case postale _____ Téléphone _____ Fax _____

NPA, localité _____ E-mail _____

En cas de demande de transfert, nous avons besoin des indications supplémentaires suivantes

1. Arrivée dans l'entreprise	Pour quelle date? _____	
2. Salaire annuel assuré	CHF _____	
3. Numéro(s) d'assuré(e)	Assurance collective d'indemnités journalières _____	Assurance complémentaire LAA _____
4. Groupe de personnes assurées (désignation, s'il y en a plusieurs)	Assurance collective d'indemnités journalières _____	Assurance complémentaire LAA _____
5. Assurance collective d'indemnités journalières	Prestations _____ % du salaire	Délai d'attente _____ jours

Lieu et date _____ Timbre et signature de l'entreprise _____

Veillez envoyer le formulaire entièrement rempli et signé à l'agence compétente pour vous.
Vous pourrez obtenir l'adresse auprès de votre (ancien) employeur.