



## SORTIE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE LAA

### Personne assurée

Nom, prénom	Date de naissance
Rue, n°	Sexe
NPA, localité	Nationalité
Téléphone	Permis de séjour
Tél. professionnel	Profession
N° de téléphone portable	

Lors de la sortie de l'entreprise assurée, Visana Assurances SA accorde à la personne concernée les prestations assurées au moment du transfert, aux conditions et tarifs de l'assurance individuelle. La personne assurée doit faire valoir son droit au transfert per écrit dans les 90 jours qui suivent sa sortie de l'entreprise assurée.

### Déclaration de la personne assurée

- Je quitte/j'ai quitté l'entreprise. au (date) \_\_\_\_\_
- Le contrat d'assurance collective de mon employeur sera annulé/a été annulé. au (date) \_\_\_\_\_
- Je suis intéressé/e à garder l'assurance et souhaite recevoir une offre sans engagement de ma part.
- Je renonce à mon droit de conserver la couverture d'assurance en question.  
(Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de remplir les questions suivantes; **veuillez juste signer le formulaire.**)
- Je souhaite un conseil personnel sans engagement de ma part. Meilleur horaire pour me contacter:

### Questions complémentaires (ne répondre que si vous souhaitez une offre de passage)

1. Etes-vous en incapacité de travail/de gain?  Non  Oui, en raison de  maladie  accident
2. Etes-vous au chômage?  Non  Oui  
Vous êtes-vous inscrit/e à la caisse de chômage pour bénéficier des indemnités?  Non  Oui (joindre copie décompte/attestation AC)  
Si oui, avez-vous une obligation d'entretien des enfants?  Non  Oui
3. Disposez-vous déjà d'un nouveau contrat de travail?  Non  Oui, à la date \_\_\_\_\_  
Si oui, votre nouvel employeur dispose-t-il d'une assurance complémentaire LAA?  Non  Oui
4. Exercerez-vous une activité indépendante?  Non  Oui, à la date \_\_\_\_\_
5. Avez-vous l'intention de réduire ou d'arrêter votre activité professionnelle?  Non  Oui, à la date \_\_\_\_\_

Par ma signature, j'atteste être informé/e de mon droit de transfert dans l'assurance individuelle de Visana. J'affirme avoir connaissance du fait que ma couverture par l'assurance complémentaire LAA de mon employeur actuel est supprimée à la fin de mon contrat de travail. En même temps, je confirme l'exactitude des données fournies.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

Merci de remplir au stylo et en majuscules.  
Page 2: Indications de l'employeur



**Personne assurée**

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

**Indications de l'employeur**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Personne de contact \_\_\_\_\_  
Rue, n° / case postale \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
NPA, localité \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Si un transfert est souhaité, nous avons encore besoin des données suivantes:**

- 1. Entrée dans l'entreprise au (date) \_\_\_\_\_
- 2. Sortie de l'entreprise au (date) \_\_\_\_\_
- 3. Contrat de travail à durée déterminée?  Non  Oui
- 4. Salaire annuel assuré (salaire brut soumis à l'AVS) CHF \_\_\_\_\_
- 5. Numéro de contrat de l'assurance complémentaire LAA \_\_\_\_\_
- 6. Groupe de personnes assurées (désignation, s'il y en a plusieurs) \_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_ Sceau et signature de l'entreprise \_\_\_\_\_

Merci de remplir au stylo et en majuscules.

**Veillez envoyer le formulaire entièrement rempli et signé à l'adresse suivante:**

**Visana Services SA  
Centre de compétence Clientèle entreprises  
Weltpoststrasse 19  
3000 Berne 16**