

# Changement d'assurance

## Résiliation – Assurances de choses

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.

Recommandé

(Adresse exacte de votre assurance actuelle)

Votre nom et votre adresse

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)

Assurance ménage	au
Assurance RC privée	au
Assurance bâtiment	au
N° d'assurance	
Assurance ménage	au
Assurance RC privée	au
Assurance bâtiment	au
N° d'assurance	
Assurance ménage	au
Assurance RC privée	au
Assurance bâtiment	au
N° d'assurance	
Assurance ménage	au
Assurance RC privée	au
Assurance bâtiment	au
N° d'assurance	

Lieu/date

Signature  
Preneur/euse d'assurance

Signature  
Conjoint/e

Signature  
Jeunes gens de plus de 18 ans