



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 15**