

# 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**

[Empty space for name and address]

**Recommandé**

[Empty space for recommended address]

(Adresse exacte de votre assurance actuelle)

Date du timbre postal

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

[Empty space for date]

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.

[Empty space for location/date]

Lieu/date

[Empty space for signature]

Signature  
Preneur/euse d'assurance

[Empty space for signature]

Signature  
Conjoint/e

[Empty space for signature]

Signature  
Jeunes gens de plus de 18 ans