

# Déclaration de sortie

SWICA Krankenversicherung AG  
Versicherungstechnik Unternehmen  
Monbijoustrasse 16  
3001 Bern

Mail: vtu.bern@swica.ch  
Téléphone: 031 388 17 50

---

Pour les questions munies d'un , répondre par une croix dans le champ adéquat.

---

## Personne assurée

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro personnel \_\_\_\_\_

Sexe  masculin  féminin

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

Nationalité \_\_\_\_\_

Autorisation de séjour \_\_\_\_\_ (Joindre une copie)

Profession \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_

Téléphone prof. \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

---

Toute personne assurée domiciliée en Suisse a le droit de passer dans l'assurance individuelle de SWICA dans les 90 jours à partir de la date de sortie du service du canton. La personne domiciliée hors de la Suisse doit s'adresser à un assureur responsable dans son pays de domicile.

---

## Déclaration de la personne assurée

J'ai quitté/je quitterai le service du canton A quelle date \_\_\_\_\_

Le contrat d'assurance collectif de mon employeur est/sera résilié. A quelle date \_\_\_\_\_

**Le maintien de ma couverture d'assurance m'intéresse, et je désire recevoir une offre sans engagement.**

**Je renonce à mon droit de maintenir l'assurance concernée.** Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions complémentaires. Veillez uniquement signer le formulaire.

---

**Questions complémentaires** (ne répondre à ces questions que si vous désirez recevoir une offre de passage à l'assurance individuelle)

- Etes-vous en incapacité de travail/de gain?  non  oui, suite à  
 une maladie  un accident
- Etes-vous au chômage?  non  oui
- Vous êtes-vous annoncé-e à la caisse compétente?  
(Si oui, joindre copie du décompte/de l'attestation AC)  non  oui, pour quand
- Si oui, existe-t-il une obligation d'entretien envers des enfants?  non  oui
- Avez-vous un nouveau contrat de travail ou avez-vous  
déjà commencé dans un nouvel emploi?  non  oui, à partir de quand
- Si oui, votre nouvel employeur a-t-il déjà une assurance  
collective d'indemnités journalières?  non  oui
- Comptez-vous exercer une activité lucrative indépendante?  non  oui, à partir de quand

Activité \_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Par ma signature, j'atteste que SWICA m'a informé-e de mon droit de passage dans l'assurance individuelle de SWICA. En outre, j'ai pris connaissance du fait que mon assurance indemnités journalières sera résiliée le jour de ma sortie du contrat collectif. Enfin, j'atteste l'exactitude des informations données.

Signature

Lieu et date

*Veillez envoyer le formulaire à l'Office du personnel du canton de Berne, Münstergasse 45, 3011 Bern*

**A remplir par l'Office du personnel** (si le passage à l'assurance individuelle est désiré, nous avons encore besoin des informations suivantes)

- No de police du canton de Berne \_\_\_\_\_
- Date d'entrée au service du canton \_\_\_\_\_
- Date de sortie au service du canton \_\_\_\_\_
- Contrat de travail à durée limitée de 3 mois ou moins?  non  oui
- Personnel auxiliaire employé occasionnellement?  non  oui
- Salaire brut (somme salariale soumise à l'AVS) CHF \_\_\_\_\_  13<sup>ème</sup> salaire inclus
- Soumis à l'impôt à la source  non  oui, No RCE.
- L'assuré reçoit-il une rente ou s'est-il annoncé dans ce but?  non  oui

Timbre et signature

Lieu et date