

Sistierung des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Suspension du risque accident dans l'assurance obligatoire des soins

Sospensione del rischio d'infortunio nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Adresse/Domicile/Domicilio

Vers.-Nr./No. d'assurance/d'assicurazione

Sistierung per/Suspension pour le/Sospensione per il

Die Deckung der Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der/die Versicherte hat den Nachweis zu erbringen, dass er/sie nach dem UVG versichert ist. Entfällt die Deckung nach UVG, ist dies der Krankenversicherung unverzüglich zu melden.

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance accident (LAA). L'assuré/-e doit apporter la preuve qu'il/qu'elle est entièrement couvert/-e conformément à la LAA. Dès que la couverture selon la LAA n'est plus donnée, l'assureur doit en être informé sans délai.

La copertura degli infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicurato(a) deve provare di essere interamente coperto ai sensi della LAINF. Se la copertura LAINF cessa, l'assicurato deve avvisare subito la compagnia d'assicurazione.

Datum/Date/Data

Unterschrift des/r Versicherten

Signature de l'assuré(e)

Firma dell'assicurato(a)

Bestätigung durch den Arbeitgeber/Confirmation par l'employeur/Dichiarazione del datore di lavoro

Hiermit wird bestätigt, dass obgenannter Versicherungsnehmer nach UVG obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt ist.

Par la présente, confirmation est donnée que le preneur d'assurance mentionné ci-dessus est selon la LAA obligatoirement et entièrement couvert pour ce risque.

Con la presente si conferma che l'assicurato(a) su indicato(a) è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, della LAINF secondo le disposizioni emanate.

Datum/Date/Data

Stempel/Unterschrift

Timbre/Signature

Firma et timbro