

**Suspension of accident coverage in compulsory health care insurance**  
**Suspension du risque accident dans l'assurance obligatoire des soins**  
**Sospensione del rischio d'infortunio nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie**

---

Surname/Nom/Cognome	%VerName%
First name/Prénom/Nome	%VerVorname%
Address/Domicile/Domicilio	%KorAdrStr%, %KorAdrPLZ% %KorAdrOrt%
Insurance no./No. d'assurance/d'assicurazione	%VerNr%

Suspension as of/Suspension pour le/Sospensione per il

---

Accident coverage may be suspended for insured persons who are compulsorily fully covered for this risk under the Federal Act of 20 March 1981 on Accident Insurance (AIA). The insured person must provide proof that he/she is insured under the AIA. If the coverage under AIA ceases, this must be reported to the health insurance company without delay.

Accident coverage may be suspended if the insured is fully covered for this risk, on a compulsory basis, in accordance with the Federal Law on Accident Insurance (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.

Date/Date

---

Signature of the insured person(s)

Signature de l'assuré(e)

Firma dell'assicurato(a)

---

Confirmation by the employer/Confirmation par l'employeur/Dichiarazione del datore di lavoro

It is hereby confirmed that the above-mentioned policyholder has compulsory full coverage for this risk in accordance with the AIA.

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.

Date/Date/Data

---

Stamp/signature

Timbre/Signature

Company et timbro

---