



versicherungs**broker** ag
insurance and more

Ausschluss des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Versicherungs-Nummer/No. d'assurance/
No. d'assicurazione

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Adresse/Domicile/Domicilio

Ausschluss des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Exclusion du risque accident dans l'assurance obligatoire des soins Esclusione del rischio d'infortunio nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie

Ausschluss per/Exclusion pour le/Annullamento per il _____

Die Deckung für 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, ist dies der Krankenkasse 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 pas 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 che 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 Arbeitgeber

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

Confirmation par l'employeur

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

Dichiarazione del datore di lavoro

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

Datum
Date
Data

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber
Timbre/Signature de l'employeur
Firma e timbro
