

## CONCORDIA, Hauptsitz

Bundesplatz 15  
Postfach, 6002 Luzern  
Telefon 041 228 01 11  
www.concordia.ch



Postfach 458  
8260 Stein am Rhein SH  
Tel. 052-740 44 55  
Fax 052-740 44 56  
sc@ngi.ch

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Policennummer \_\_\_\_\_

Aussenstellen-Nr. \_\_\_\_\_

### Ausschluss des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

### Exclusion du risque d'accident dans l'assurance obligatoire des soins

### Esclusione del rischio d'infortunio nell'assicura- zione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Name, Vorname  
Nom de famille, Prénom  
Cognome, Nome

\_\_\_\_\_

Ausschluss per  
Exclusion pour le  
Esclusione 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 (Art. 8 KVG).

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré/e est en-tièrement couvert/e pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance accident (LAA) (art. 8 LAMal).

La copertura degli infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato/a è interamente coperto/a per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) (art. 8 LAMal).

Ich bestätige, dass ich nach UVG versichert bin.

Je confirme, que je suis assuré/e selon LAA.

Confermo di essere assicurato/a secondo la LAINF.

**Entfällt die Deckung nach UVG,** werde ich dies der CONCORDIA unverzüglich mitteilen, damit die Unfalldeckung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder aktiviert werden kann.

**Dès que cette couverture sera terminée** j'informerai la CONCORDIA sans délai, pour que le risque accident dans l'assurance obligatoire des soins puisse être réactivé.

**Non appena la copertura LAINF dovesse cessare** avviserò immediatamente la CONCORDIA per la riattivazione del rischio d'infortunio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Name und Adresse des Arbeitgebers  
Nom et adresse de l'employeur  
Nome e indirizzo del datore di lavoro

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum  
Date  
Data

\_\_\_\_\_

AntragstellerIn bzw. gesetzliche/r VertreterIn  
Proposant(e) resp. représentant(e) légal(e)  
Proponente risp. rappresentante legale

\_\_\_\_\_