

Sistierung der Unfalldeckung

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Vers. Nr.: _____

Datum Beginn Arbeitsverhältnis: _____

Als Arbeitnehmer/-in bin ich obligatorisch für Berufs- und Nichtberufsunfall versichert. Aus diesem Grund beantrage ich die Unfalldeckung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) zu sistieren (Art. 8 KVG). **Die Sistierung der Unfalldeckung nach Artikel 8 des Gesetzes erfolgt auf schriftlichen Antrag der Versicherten und beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats. (Art. 11 KVV)**

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____