



Ruhen der Unfalldeckung

Im Sinne von Art. 5 der Ergänzenden Versicherungsbedingungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung und den Unfallzusatz gemäss KVG (Ausgabe 1/2006) beantrage ich für mich Ruhen der Unfalldeckung, da ich durch meinen Arbeitgeber obligatorisch für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert bin.

Angaben zum Arbeitgeber

Name / Firma _____

Zuständig _____

Telefon _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Ich nehme gleichzeitig zur Kenntnis, dass ich bei Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtbetriebs-Unfallversicherung, dies der Agilia Krankenkasse innert Monatsfrist zu melden habe.

Angaben zum Antragssteller

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versicherten-Nr _____

Strasse / Nr _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Ausschluss aus der Unfalldeckung gültig ab _____

Ort / Datum _____

Unterschrift des Antragstellers oder dessen gesetzlichen Vertreters _____