



Suspension de la couverture des accidents

Au sens de l'art. 5 des Conditions complémentaires d'assurance concernant l'assurance obligatoire des soins et le complément accident selon la LAMal (édition 1/2006), je demande la suspension de ma couverture des accidents vue que je suis assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels par le biais de mon employeur.

Indications concernant l'employeur

Nom / entreprise _____

Compétent _____

Téléphone _____

rue _____

NPA / Localité _____

Timbre et signature de
l'employeur _____

En même temps, je prends note que, en cas de cessation des rapports de travail ou de sortie de l'assurance des accidents non professionnels, je dois annoncer ce fait dans le délai d'un mois à Agilia Caisse-maladie.

Indications concernant le requérant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

No d'assuré _____

Rue / No _____

NPA / localité _____

Téléphone _____

Exclusion de la couverture des
accidents valables dès le _____

Lieu / Date _____

Signature du requérant ou de son
représentant légal _____