



## Sospensione della copertura d'infortunio

Ai sensi dell'art. 5 delle Condizioni complementari di assicurazione concernenti l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e il complemento d'infortunio secondo la LAMal (edizione 1/2006), chiedo per me la sospensione della copertura d'infortunio, dato che sono assicurato per legge tramite il mio datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali.

### Dichiarazioni concernenti il datore di lavoro

Nome / ditta \_\_\_\_\_

Addetto \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Via / n. \_\_\_\_\_

NPA / Località \_\_\_\_\_

Timbro e firma del  
datore di lavoro \_\_\_\_\_

Contemporaneamente prendo atto che al momento della cessazione del rapporto di lavoro, oppure dall'assicurazione contro gli infortuni non professionali, ciò dev'essere comunicato alla cassa malati Agilia entro il termine del mese.

### Dichiarazioni concernenti il richiedente

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Assicurato n. \_\_\_\_\_

Via / n. \_\_\_\_\_

NPA / Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Esclusione della copertura  
dell'infortunio in vigore dal \_\_\_\_\_

Luogo / Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente o del  
suo rappresentante legale \_\_\_\_\_