

sanavals Gesundheitskasse
Valéstrasse 146E
Postfach 18
7132 Vals

SISTIERUNG DER UNFALLVERSICHERUNG

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Vers.-Nr. _____

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

Ort/Datum

Unterschrift

Der unterzeichnete Arbeitgeber bestätigt, dass die oben erwähnte Person für Berufs- und Nichtberufsunfälle gemäss UVG versichert ist. Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Krankenversicherer zu melden hat (Art. 10 KVG).

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber
