

Numéro d'assuré .....

Adresse de votre [agence CONCORDIA](#)

.....  
.....  
.....  
.....

## Formulaire de modifications

### Personne assurée

Prénom, nom ..... Date de naissance .....

Rue, n° ..... Sexe  féminin  masculin

NPA, localité .....

### Couverture accident (LAMal)

Modification au 01. ....

- Exclusion** du risque accident dans l'assurance obligatoire des soins.  
La couverture accident peut être suspendue tant que l'assuré(e) est entièrement couvert(e) pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) (art. 8 LAMal). La suspension déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande.  
En cas de suppression de la couverture selon la LAA, je m'engage à informer immédiatement CONCORDIA afin que la couverture accident soit de nouveau activée dans l'assurance obligatoire.

Nom et adresse de l'employeur .....

.....  
.....

- Inclusion** du risque accident

.....  
Lieu, date

.....  
Proposant ou représentant légal

Service externe

.....  
Date et signature

Siège principal

.....  
Date et visa

Retourner à votre [agence CONCORDIA](#)