

Numero d'assicurato

Indirizzo della vostra [agenzia CONCORDIA](#)

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

Formulario di modifica

Persona assicurata

Nome, cognome Data di nascita

Via, no Sesso femminile maschile

NPA, località

Copertura infortunio (LAMal)

Modifica dal 01.

- Esclusione** del rischio d'infortunio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
La copertura degli infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato/a è interamente coperto/a per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull' assicurazione contro gli infortuni (LAINF) (art. 8 LAMal). La sospensione inizia al più presto il primo giorno del mese che segue tale richiesta.
Qualora la copertura LAINF dovesse cessare, m'impegno a informare immediatamente la CONCORDIA affinché la copertura infortunio venga riattivata nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Nome e indirizzo del datore di lavoro

.....
.....

- Inclusione** del rischio d'infortunio

.....
Luogo, data

.....
Proponente o rappresentante legale

Servizio esterno

.....
Data/Firma

Sede principale

.....
Data/Visto

Ritornare alla vostra [agenzia CONCORDIA](#)