

Versichertennummer

Adresse Ihrer [CONCORDIA-Aussenstelle](#)

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

Änderungsformular

Versicherte Person

Vorname, Name Geburtsdatum
Strasse, Nr. Geschlecht weiblich männlich
PLZ, Ort AHV Nummer

Unfalldeckung (KVG) Änderung per 01.

- Ausschluss** des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind (Art. 8 KVG). Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.
Entfällt die Deckung nach UVG, werde ich dies der CONCORDIA unverzüglich mitteilen, damit die Unfalldeckung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder aktiviert werden kann.

Name und Adresse des Arbeitgebers

- Einschluss** des Unfallrisikos

.....
Ort, Datum

.....
AntragstellerIn oder gesetzliche/r VertreterIn

Aussenstelle

.....
Datum/Unterschrift

Hauptsitz

.....
Datum/Unterschrift

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular an Ihre [CONCORDIA-Aussenstelle](#) einsenden.