

DOMANDA PER LA COPERTURA DEL RISCHIO D'INFORTUNIO

Se lei lavora per almeno 8 ore la settimana presso lo stesso datore di lavoro, lei è assicurata/o da quest'ultimo contro gli infortuni professionali e non professionali (Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni LAINF). Per questo motivo lei può escludere rispettivamente sospendere la copertura del rischio d'infortunio presso Atupri. Con ciò ottiene una riduzione di premio.

Articolo 8 Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal

La copertura di infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta dell'assicurato, il quale deve provare di essere interamente assicurato ai sensi della LAINF.

Introduca le informazioni necessarie e invii la domanda sottoscritta al suo Service Center.

RICHIEDENTE

Nome

Cognome

Indirizzo

NPA / Località

Numero d'assicurata / assicurato

ESCLUSIONE DELLA COPERTURA DEL RISCHIO D'INFORTUNIO

Chiedo la sospensione della copertura del rischio
La sospensione della copertura del rischio d'infortunio
d'infortunio in conformità all'art. 8 LAMal.

La sospensione della copertura del rischio d'infortunio deve
aver effetto dal data (non è possibile con effetto retroattivo)

Ricevete la conferma del datore di lavoro in allegato,
rispettivamente qui di seguito.

Attestato del datore di lavoro

Noi certifichiamo che la persona qui indicata è assicurata obbligatoriamente in conformità della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni professionali e non professionali (LAINF).

Data

Timbro / firma del datore di lavoro

RIPRISTINO DELLA COPERTURA DEL RISCHIO D'INFORTUNIO

Io chiedo che venga riattivata la copertura del
rischio d'infortunio nell'assicurazione obbligatoria
delle cure medico-sanitarie.

La copertura del rischio d'infortunio secondo la legge federale
sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) cessa il (data)

Località e data

Firma dell' assicurata/assicurato o
Località e data del / la rappresentante legale