

SUSPENSION DU RISQUE ACCIDENTS SUR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

A compléter par l'assuré :

Nom et prénom : _____

Profession : _____

Adresse: _____

Nombres d'heures
de travail par semaine : _____

Lieu et date : _____

Le soussigné certifie l'exactitude de ces renseignements et s'engage à communiquer à la caisse tout changement de situation qui entraînerait la cessation de la couverture des accidents dans le cadre de la LAA.

Signature : _____

A compléter par l'employeur :

Nous attestons que les renseignements donnés ci-dessus par notre collaborateur sont exacts et que la couverture du risque « accidents professionnels et non professionnels » est assurée conformément aux dispositions de la LAA.

Lieu et date : _____

Timbre et signature :

L'employeur est tenu d'informer par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA qu'elle doit immédiatement le signaler à son assureur (art. 10 LAMal).

A compléter par la CMVEO :

Suspension dès le : _____