MITTENTE

Nome, cognome

Via, n.

NPA, località

Raccomandata

Cassa malati

Via / casella postale

NPA, località

Disdetta dell'assicurazione malattia

Gentili signore e signori,

con la presente disdico / disdiciamo le seguenti assicurazioni presso la vostra società:

N. d'assicurato	Cognome, nome	Assicurazione da disdire	AI (data)
		☐ Assicurazione di base (LAMal)	
		☐ Assicurazione complementare (LCA)	
		☐ Assicurazione di base (LAMal)	
		☐ Assicurazione complementare (LCA)	
		☐ Assicurazione di base (LAMal)	
		☐ Assicurazione complementare (LCA)	
		☐ Assicurazione di base (LAMal)	
		☐ Assicurazione complementare (LCA)	
		☐ Assicurazione di base (LAMal)	
		☐ Assicurazione complementare (LCA)	

Vi prego / preghiamo di prenderne atto e di inviarmi / inviarci la conferma di disdetta. Grazie.

Distinti saluti

Luogo e data

Firma di tutte le persone maggiorenni indicate

Firma di tutte le persone maggiorenni indicate

Firma di tutte le persone maggiorenni indicate

Firma di tutte le persone maggiorenni indicate

Firma di tutte le persone maggiorenni indicate

Grazie per la conferma scritta della ricezione della presente disdetta.