

Mittente

Raccomandata

Assicuratore attuale

Disdetta dell'assicurazione malattia

Gentili signore, egregi signori,

 con la presente desidero/desideriamo disdire le seguenti assicurazioni presso la vostra compagnia per il: _____

N. d'assicurato	Cognome, nome	Data di nascita	<input checked="" type="checkbox"/> Assicurazione da disdire
			<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA

Vi invito a provvedere in merito e ad inviarmi una conferma della risoluzione del contratto.

Cordiali saluti.

Luogo e data

Firma dell'assicurato

Firme di tutte le persone maggiorenni sopra elencate

