
Raccomandata (R) Ritorno non raccomandato

Località / Data

Disdetta

Gentili Signore, Egregi Signori,

con la presente disdico/disdiciamo l'assicurazione malattie obbligatoria ai sensi della LAMal per la/e seguente/i persona/e a decorrere da _____, così come le assicurazioni complementari ai sensi della LCA a decorrere da _____ o a partire dalla prima scadenza possibile:

No. assicurato	Cognome	Nome	Data di nascita	Firma	LAMal/LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA

Resto/Restiamo in attesa di ricevere la vostra conferma della disdetta e vi prego/preghiamo di astenervi da tentativi di riacquisizione.

Cordiali saluti

Conferma d'assicurazione Visana AG sana24 AG vivacare AG Galenos AG

Con la presente confermiamo l'ammissione della/e persona/e summenzionata/e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie ai sensi della LAMal, in base all'art. 7 cpv. 5 della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), con effetto a partire dal giorno_____. La presente conferma vale solo per il caso in cui la persona assicurata abbia/le persone assicurate abbiano saldato in toto premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora e spese di esecuzione. Vi preghiamo di avviare, dunque, le procedure per l'uscita di questa persona/queste persone dalla vostra assicurazione malattie.

Località/Data

Timbro/Firma 1

Firma 2