

Raccomandata (R) Ritorno non raccomandato

Luogo/Data

Disdetta

Gentili Signore, Egregi Signori,

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

Ass. n.	Cognome	Nome	Data di nascita	Firma	LAMal / LCA
					<input type="radio"/> LAMal <input type="radio"/> LCA
					<input type="radio"/> LAMal <input type="radio"/> LCA
					<input type="radio"/> LAMal <input type="radio"/> LCA
					<input type="radio"/> LAMal <input type="radio"/> LCA
					<input type="radio"/> LAMal <input type="radio"/> 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 SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA

Con la presente confermiamo l'ammissione della/e persona/e summenzionata/e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la 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.

Luogo/Data

Timbro/Firma 1

Firma 2