

Raccomandata (R) Ritorno non raccomandato

Luogo/Data

Disdetta

Gentili Signore, Egregi Signori,

con la presente disdico / disdiciamo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 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
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal LCA

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

Cordiali saluti