

[Nome]
[Indirizzo]
[NPA e luogo]

Raccomandata

[Nome della cassa malati]
[Indirizzo]
[Casella postale (se disponibile)]
[NPA e luogo]

Disdetta dell'assicurazione malattia complementare

Gentili signore, egregi signori,

con la presente desidero dare la disdetta alle seguenti coperture dell'assicurazione complementare volontaria.

Nome dell'assicurazione complementare	Disdetta a partire da
[La sua copertura complementare]	[La data di disdetta desiderata]
[La sua copertura complementare]	[La data di disdetta desiderata]
[La sua copertura complementare]	[La data di disdetta desiderata]

Vi chiedo cortesemente di inviarmi per iscritto la conferma della disdetta.

Ringraziandovi per l'attenzione, porgo cordiali saluti.

[Nome]
[Luogo, data]

[Firma]