Mittente

Nome + Cognome

Via + Numero civico

NPA + Luogo

Indirizzo della cassa malati

Nome della cassa malati

Via + Numero civico

Casella postale (se disponibile)

NPA + Luogo

Disdetta dell'assicurazione complementare facoltativa

Buongiorno

Con la presente disdico le coperture assicurative dell'assicurazione complementare elencate qui di seguito per le persone indicate con effetto a partire dal data .

Nome della persona	**Nome dell'assicurazione complementare**	**Numero della polizza**
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza
Nome + Cognome	Assicurazione complementare	Numero della polizza

Vi chiedo cortesemente una conferma della disdetta per iscritto.

Grazie e cordiali saluti,

Nome + Cognome

Luogo, data

_____

Firma