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 con effetto a partire dal data .

Nome dell'assicurazione complementare	**Numero della polizza**
La sua assicurazione complementare	Numero della polizza
La sua assicurazione complementare	Numero della polizza
La sua assicurazione complementare	Numero della polizza
La sua assicurazione complementare	Numero della polizza

Vi chiedo cortesemente una conferma della disdetta per iscritto.

Grazie e cordiali saluti,

Nome + Cognome
Luogo, data

_____

Firma