

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 malattia obbligatoria

Buongiorno

Con la presente disdico l'assicurazione di base per le seguenti persone con effetto dal 31.12. anno .

| <b>Nome + Cognome</b> | <b>Numero di assicurato</b>    |
|-----------------------|--------------------------------|
| Persona 1             | Numero di assicurato Persona 1 |
| Persona 2             | Numero di assicurato Persona 2 |
| Persona 3             | Numero di assicurato Persona 3 |
| Persona 4             | Numero di assicurato Persona 4 |

A partire dal 01.01. anno saremo assicurati presso un'altra cassa malati. Vi chiedo cortesemente una conferma della disdetta per iscritto.

Grazie e cordiali saluti,

Nome + Cognome

Luogo, data

---

Firma