

Mittente

N. assicurato: N. assicurato

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 la mia assicurazione di base con effetto dal 31.12. anno .
A partire dal 01.01. anno sarò assicurato presso un'altra cassa malati. Vi chiedo cortesemente una conferma della disdetta per iscritto.

Grazie e cordiali saluti,

Nome + Cognome

Luogo, data

Firma