


Mittente


Raccomandata

Assicuratore attuale

Disdetta dell'assicurazione malattia

Gentili signore, egregi signori,

 con la presente desidero/desideriamo disdire le seguenti assicurazioni presso la vostra compagnia per il: _____

N. d'assicurato	Cognome, nome	Data di nascita	<input checked="" type="checkbox"/> Assicurazione da disdire
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. di base secondo la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. integrative secondo la LCA

Cambio l'assicurazione nel gruppo Helsana.

(Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA e Progrès Assicurazioni SA.)

Vi invito a provvedere in merito e ad inviarmi una conferma della risoluzione del contratto. Cordiali saluti.

Luogo e data _____ Firma dell'assicurato _____

X

_____ Firme di tutte le persone maggiorenni sopra elencate

X

Certificato di assicurazione all'attenzione dell'assicurazione malattia precedente

Ai sensi dell'articolo 7 capoverso 5 della Legge sull'assicurazione malattie LAMal, confermiamo con la presente l'ammissione della/e persona/e sopra citata/e all'assicurazione obbligatoria (AOMS).

per il: _____

_____ Data / timbro

_____ Funzione e firma 1

_____ Funzione e firma 2

