

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

Remarques :

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

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assicurato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firme di tutte le persone maggiorenni sopra elencate

