
RACCOMANDATA

_____ , _____

Disdetta dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal)

Polizza n°	Cognome, Nome	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gentile Signora, Egregio Signore,

In applicazione della legislazione in vigore, si prega di disdire l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) della/delle persona(e) sopra citata(e) con effetto al _____.

L'/Gli attestato(i) d'assicurazione del nuovo assicuratore vi perverrà/perverranno a tempo debito.

In attesa della vostra conferma, porgo/porgiamo distinti saluti.

Firma(e)*

**Firma di ogni persona maggiorenne o del rappresentante legale*