

.....  
.....  
.....  
.....

**Raccomandata (R)**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Località, data

**Disdetta**

Egregi Signori,

Con la presente disdico / disdiciamo l'assicurazione malattie obbligatoria secondo la LAMal per la seguente persona/le seguenti persone per il ..... così come l'assicurazione complementare le assicurazioni complementari secondo la LCA per il ....., vi prego/ preghiamo di fornirmi/fornirci relativa conferma:

Ass. n.	Cognome	Nome	Data di nascita	Firma	LAMal/LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA

Resto/Restiamo in attesa di ricevere la vostra conferma di disdetta.

Cordiali saluti.

.....

---

**Conferma d'assicurazione**

Con la presente confermiamo l'ammissione della/e persona/e summenzionata/e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie secondo la LAMal, in base all'art. 7 cpv. 5 della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), con effetto a partire dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Località/Data

\_\_\_\_\_ Timbro/Firma