

Inserisca il mittente:

Numero d'assicurato

Nome

Cognome

Via, numero

Codice postale, località

Inserisca l'indirizzo della Sua cassa malati:

Nome della cassa malati

Via, numero

Codice postale, località

Luogo e data

**Disdetta dell'assicurazione malattie obbligatoria
(assicurazione di base)**

Gentili signore, egregi signori,

con la presente desidero disdire l'assicurazione malattie obbligatoria per il 31 dicembre 2024. A partire dal 1° gennaio 2025 sarò assicurato/a conformemente alla LAMal presso un altro assicuratore-malattie.

Vi prego di prendere atto della mia disdetta e di inviarmi in seguito una conferma scritta.

Ringraziandovi per la vostra attenzione, colgo l'occasione per porgervi i miei più cordiali saluti.

Nome, Cognome

Firma

Nota:

Si consiglia di inviare questa lettera per posta raccomandata