

**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

## Sospensione della copertura contro gli infortuni

Gentili signore, egregi signori,

dato che sono già assicurato/a contro gli infortuni tramite il datore di lavoro, vi prego di voler sospendere tale copertura e di ridurre il mio premio a partire dal mese prossimo. In allegato troverete la conferma del mio datore di lavoro.

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
- Allegare conferma del datore di lavoro