

Disdetta



Il suo nome e il suo indirizzo:

Raccomandata

(Indirizzo esatto della sua assicurazione malattia attuale)

Non invii questo documento direttamente al suo assicuratore malattia, bensì a SWICA!

Le garantiamo che l'inoltro della disdetta avverrà soltanto quando lei sarà assicurata/o presso SWICA, senza riserve e in conformità ai suoi desideri.

Data del timbro postale

Egredi signori

con la presente inoltro regolare disdetta per la seguente assicurazione/le seguenti assicurazioni per il _____ o per il prossimo termine possibile.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Assicurazione da disdire (Contrassegnare con una crocetta)

Assicurazione base LAMal per _____

Ass. complementare LCA per _____

N. ass. _____

Assicurazione base LAMal per _____

Ass. complementare LCA per _____

N. ass. _____

Assicurazione base LAMal per _____

Ass. complementare LCA per _____

N. ass. _____

Assicurazione base LAMal per _____

Ass. complementare LCA per _____

N. ass. _____

Assicurazione base LAMal per _____

Ass. complementare LCA per _____

N. ass. _____

Vi invito a desistere da eventuali tentativi di dissuasione.

Cordiali saluti

Luogo/data:

**Firma della/del
contraente**

**Firma del
coniuge**

**Firma dei
giovani dai 18 anni**

Conferma d'assicurazione all'attenzione dell'assicurazione malattia summenzionata

In conformità all'art. 7, cpv. 5 della Legge sull'assicurazione malattie LAMal, con la presente confermiamo l'ammissione della/e persona/e summenzionata/e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a decorrere dal _____. La presente conferma vale solo se la(e) persona(e) assicurata(e) ha (hanno) pagato completamente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di ritardo e i costi di esecuzione. Vi preghiamo quindi di provvedere alle pratiche necessarie per l'uscita dalla vostra assicurazione malattia.

SWICA Assicurazione malattia SA

Luogo/data:

Responsabile SWICA:

Firma: