



DISDETTA.

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.

Il suo nome e il suo indirizzo

Raccomandata

(Indirizzo esatto della sua assicurazione malattia attuale)

Data del timbro postale

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

Assicurazione da disdire (Contrassegnare con una crocetta)

Cognome _____ Assicurazione base LAMal _____ per _____

Nome _____ Assicurazione complementare LCA _____ per _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) _____ N. assicurazione _____

Cognome _____ Assicurazione base LAMal _____ per _____

Nome _____ Assicurazione complementare LCA _____ per _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) _____ N. assicurazione _____

Cognome _____ Assicurazione base LAMal _____ per _____

Nome _____ Assicurazione complementare LCA _____ per _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) _____ N. assicurazione _____

Cognome _____ Assicurazione base LAMal _____ per _____

Nome _____ Assicurazione complementare LCA _____ per _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) _____ N. assicurazione _____

Vi invito a desistere da eventuali tentativi di dissuasione.

Luogo/data

Firma della/del contraente

Firma del coniuge

Firma del 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.

Luogo/data

Responsabile SWICA

SWICA Assicurazione malattia SA
Firma

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

