



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 della/del coniuge

Firma dei giovani dai 18 anni

