 Inserisca il nome della sua attuale compagnia assicurativa

 Inserisca l'indirizzo deall compagnia assicurativa - prima riga

 Inserisca l'indirizzo deall compagnia assicurativa - seconda riga

 Inserisca l'indirizzo deall compagnia assicurativa - terza riga

venerdì, 08 settembre 2017

**Lettera di cancellazione**

Gentile compagnia assicurativa,

Con questa lettera vi informo della mia decisione di interrompere l'assicurazione di base (LaMal) attualmente sottoscritta con voi.

Di seguito troverete i dettagli della mia attuale polizza che desidero cancellare con effetto dalla data:

 Inserisca la data :

|  |  |
| --- | --- |
| Numero assicurativo: | Inserisca il suo attuale numero di assicurazione |
| Nome: | Inserisca il suo nome |
| Cognome: | Inserisca il suo cognome |
| Data di nascita: | Inserisca la sua data di nascita |
| Tipo di assicurazione sanitaria da annullare: | Assicurazione di base (LaMal) |
| Osservazioni: | Inserisca ogni eventuale commento oppure lasci questo campo in bianco |
| Firma dell'assicurato (o del legale rappresentante dell'assicurato) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Vi sarei grato se poteste inviarmi conferma della cancellazione all'indirizzo indicato di seguito. Se doveste avere bisogno di ulteriori informazioni da parte mia per evadere la mia richiesta di cancellazione, non esitate a contattarmi al numero di telefono indicato di seguito.

Indirizzo:

 Inserisca il suo nome completo

 Inserisca il suo indirizzo 1

 Inserisca il suo indirizzo 2

 Inserisca il suo indirizzo 3

***Telephone:*** *Inserisca il suo numero di telefono*

Vi ringrazio per la copertura assicurativa fornitami fino ad ora.

Cordiali saluti,

Inserisca il suo nome completo