

Si prega di compilare e rispedire a Sympany

Mittente

.....
.....
.....

Raccomandata

.....
.....
.....

Luogo/Data

Disdetta

Gentili Signore, Egregi Signori,

io/noi recedo/recediamo dal contratto di copertura assicurativa indicato per la/e seguente/i persona/e:

Termini di disdetta (assicurazioni complementari): 3 m 5 m 6 mmesi

Cognome	Nome	Data nasc.	Assicurazioni rescisse	Data del recesso*
			<input type="checkbox"/> Assicurazione di base ai sensi LAMal <input type="checkbox"/> Assicurazioni complementari ai sensi LCA
			<input type="checkbox"/> Assicurazione di base ai sensi LAMal <input type="checkbox"/> Assicurazioni complementari ai sensi LCA
			<input type="checkbox"/> Assicurazione di base ai sensi LAMal <input type="checkbox"/> Assicurazioni complementari ai sensi LCA
			<input type="checkbox"/> Assicurazione di base ai sensi LAMal <input type="checkbox"/> Assicurazioni complementari ai sensi LCA

* per la prossima scadenza possibile o

* in seguito a un aumento dei premi o

* in seguito al passaggio a un'altra categoria d'età

Vogliate confermare la risoluzione.

Cordiali saluti

.....
Firme di tutti i membri maggiorenni della famiglia sopra elencati

Spazio riservato alla compilazione da parte di Sympany

Ai sensi dell'art. 7, par. 5 della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), confermiamo con la presente l'accettazione della/e persona/e sopra menzionata/e nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal dalla data

Vi invitiamo cortesemente a recedere dalla vostra assicurazione malattia.

Sympany

Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
T +41 800 455 455

Basel,.....

.....