

Mittente

Posta A Plus**Assicuratore attuale**

Luogo e data:

Disdetta

Gentile signora, egregio signore

Con la presente riceve la disdetta delle assicurazioni seguenti:

Nome	Cognome	Data di nascita	Assicurazione	Disdetta con decorrenza dal*
			☐ Assicurazione base LAMal ☐ Assicurazioni complementari LCA	
			☐ Assicurazione base LAMal ☐ Assicurazioni complementari LCA	
			☐ Assicurazione base LAMal ☐ Assicurazioni complementari LCA	
			☐ Assicurazione base LAMal ☐ Assicurazioni complementari LCA	
			☐ Assicurazione base LAMal ☐ Assicurazioni complementari LCA	

* oppure per la prossima data possibile

La invitiamo a confermare la disdetta. Grazie mille.

Cordiali saluti

Firma di tutti i membri della famiglia sopra indicati (o dei loro rappresentanti legali):

Conferma di assicurazione per l'assicurazione malattie sopra citata (viene compilata da ÖKK)

Conformemente all'art. 7 cpv. 5 della Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal, con la presente le confermiamo che la persona sopra citata viene ammessa/le persone sopra citate vengono ammesse nell'assicurazione di base obbligatoria a partire da _____

Tale conferma è valida quando la persona assicurata/le persone assicurate ha/hanno pagato completamente premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora e spese di esecuzione. La invitiamo a procedere all'uscita dalla sua cassa malati.

Luogo e data:

ÖKK:

Persona di riferimento ÖKK:

Firma: