

Generalità:

---

---

---

---

Attuale assicuratore:

---

---

---

---

## Disdetta della mia assicurazione / delle mie assicurazioni

Saremo lieti di trasmettere la sua disdetta al suo attuale assicuratore, se possiamo assicurarla senza riserve presso CSS Assicurazione (CSS, Arcosana, Intras). Compili semplicemente il formulario di disdetta e ce lo invii indietro almeno 10 giorni prima della scadenza del termine di disdetta.

La preghiamo di tenere presente che, se il formulario ci perviene in ritardo, non possiamo garantire la disdetta entro i termini presso il suo assicuratore precedente.

Generalità della persona assicurata

Cognome ..... Nome .....  
Via ..... NPA/Località .....

- Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal

Con la presente confermo di voler disdire la mia assicurazione con effetto in data ..... oppure per la prossima scadenza possibile.

presso l'assicuratore .....

Indirizzo .....

attuale numero di polizza .....

- Assicurazioni complementari secondo LCA

Con la presente confermo di voler disdire la mia assicurazione/le mie assicurazioni con effetto in data ..... oppure per la prossima scadenza possibile.

presso l'assicuratore .....

Indirizzo .....

attuale numero di polizza .....

Osservazione .....

Luogo, data ..... Firma della persona assicurata  
o del suo rappresentante legale .....

### Conferma d'assicurazione all'att.ne della precedente assicurazione malattie (da compilare a cura dell'assicuratore)

Secondo l'art. 7 cpv. 5 della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), con la presente confermiamo l'ammissione della suddetta persona nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso ..... con effetto al ..... (data). Vi preghiamo di provvedere alle formalità di uscita dalla vostra assicurazione malattie e di farcene avere conferma.

Luogo, data .....

L'Assicuratore .....  
(Firma congiunta obbligatoria) .....