

# Cambiare assicurazione

## Disdetta – Assicurazioni di cose

Non invii questo documento direttamente al suo assicuratore malattia, bensì a Visana! Le garantiamo che l'inoltro della disdetta avverrà soltanto quando lei sarà assicurata/o presso Visana, 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.

**Contraente**

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

**Assicurazione da disdire**

(Contrassegnare con una crocetta)

Assicurazione domestica per

Assicurazione RC privata per

Assicurazione stabili per

N. assicurazione

Assicurazione domestica per

Assicurazione RC privata per

Assicurazione stabili per

N. assicurazione

Assicurazione domestica per

Assicurazione RC privata per

Assicurazione stabili per

N. assicurazione

Assicurazione domestica per

Assicurazione RC privata per

Assicurazione stabili per

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