

Cambiare assicurazione Disdetta – Assicurazione auto

Non invii questo documento direttamente al suo assicuratore malattia, bensì a AutoMate (auto.visana@automate.ch) ! 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

Cognome

Nome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Data di nascita (giorno/mese/anno)

N. assicurazione

N. assicurazione

Cognome

Cognome

Nome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Data di nascita (giorno/mese/anno)

N. assicurazione

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