

Adesione all'assicurazione di base obbligatoria

Gentili signore e signori,

a partire dal 1° gennaio 2024 aderisco all'assicurazione di base obbligatoria. Vi prego di comunicare alla mia precedente cassa malati che da tale data sarò assicurato/a presso di voi ai sensi della LAMaL.

Nome

Cognome

Via

NPA/località

Data di nascita

Assicurazione desiderata

Franchigia in CHF:	Adulto	300	500	1000	1500	2000	2500	
	Bambino	0	100	200	300	400	500	600
Modello assicurativo		libera scelta del medico		medico di famiglia*		HMO*		Telmed

*Nome e indirizzo

Includere copertura di infortuni	Sì	No		
Sistema di addebito diretto (LSV)	Sì	No		
Pagamento dei premi	mensile	trimestrale	semestrale	annuale

Coordinate bancarie e/o postali (per rimborsi) Titolare del conto

Nome della banca/posta

Numero IBAN / conto postale

Vi ringrazio per voler eseguire il mio incarico e vi prego di inviarmi una conferma scritta. Con i migliori saluti

Luogo, data

Firma

Si prega di compilare e firmare il modulo. Inviarlo quindi alla nuova cassa malati insieme a una copia della propria polizza assicurativa entro la metà di dicembre.