

Numero d'assicurato

Indirizzo della vostra [agenzia CONCORDIA](#).....
.....
.....
.....**Formulario di modifica****Persona assicurata**

Nome, cognome Data di nascita

Via, no Sesso femminile maschile

NPA, località

**Cambiamento di franchigia Assicurazione
obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal**

Modifica dal 01.

Categoria d'età Franchigia opzionale

0 - 18 anni

-
- CHF 0
-
-
- CHF 100
-
-
- CHF 200
-
-
- CHF 300
-
-
- CHF 400
-
-
- CHF 500
-
-
- CHF 600

da 19 anni

-
- CHF 300
-
-
- CHF 500
-
-
- CHF 1'000
-
-
- CHF 1'500
-
-
- CHF 2'000
-
-
- CHF 2'500

Il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma d'assicurazione è possibile per la fine di un anno civile, in ogni caso osservando un termine di preavviso di un mese.

.....
Luogo, data.....
Proponente o rappresentante legale

Servizio esterno

.....
Data/Firma

Sede principale

.....
Data/VistoRitornare alla vostra [agenzia CONCORDIA](#).