

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/Visto

Ritornare alla vostra [agenzia CONCORDIA](#).