



Domanda di modifica assicurazione medico di famiglia AGRI-eco

Dati personali

Cognome, nome _____

Via, numero _____

NPA, luogo _____

Numero di assicurato _____

Medico di famiglia attuale

Dr. med. _____

Via, numero _____

NPA, luogo _____

Motivo della modifica

Trasferisco il mio domicilio

Il mio medico di famiglia attuale lascia l'attività professionale.

Il mio medico di famiglia attuale trasferisce il suo studio medico.

Il mio medico attuale non rientra più nel modello medico di famiglia.

Altro motivo _____

Desidero beneficiare anche in futuro dei vantaggi di AGRI-eco.

Nuovo medico di famiglia dal _____

Dr. med. _____

Via, numero _____

NPA, luogo _____

Luogo, data _____

Firma _____

(Firma della persona assicurata o del rappresentante legale)

Per una migliore leggibilità, utilizziamo la forma maschile per le denominazioni personali. I termini corrispondenti si applicano generalmente a tutti i generi.