

MODULO DI DISDETTA DELL'ADESIONE AL PIANO SANITARIO PMI SALUTE

(da compilare e inviare all'ufficio del personale della propria azienda e a Cassa RBM Salute)

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____ N° _____

Dipendente della Società _____

CHIEDE

la **DISDETTA** DELL'ADESIONE al **Piano Sanitario PMI Salute**

Data _____

Firma _____

Il presente modulo va compilato dall'aderente e spedito a Cassa RBM Salute entro e non oltre il 31 ottobre.

La disdetta avrà valore a far data dal 01 gennaio dell'anno successivo a quello di trasmissione del presente modulo. La cessazione della contribuzione e delle prestazioni sanitarie avverrà a partire dalla medesima data.

Si precisa che la disdetta potrà essere effettuata solo nel caso in cui la permanenza nella Cassa sia stata pari a minimo dodici mesi, a decorrere dalla data di iscrizione.

Di seguito i recapiti a cui inviare il presente modulo di disdetta:

mail: amministrazione@cassarbmsalute.it

fax: **0422-1744670**

posta: **via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)**