

Cassa Sanitaria
del personale delle Società dei Gruppi BNL e BNP-PARIBAS Italia

Spett. **Cassa Sanitaria**
Gruppi BNL - BNP PARIBAS Italia
Via degli Aldobrandeschi 300 - 00163 Roma

Oggetto: revoca polizza sanitaria.

N.B.: la revoca del Piano Sanitario Base fa decadere tutte le altre opzioni;
il mantenimento del Pacchetto Facoltativo 2 è subordinato a quello del Pacchetto Facoltativo 1; la revoca, sia totale che parziale, è definitiva.

Nome e Cognome: _____ **matricola** _____

Codice Fiscale: _____

Con la presente chiede:

revoca del Piano Sanitario Base

revoca del Pacchetto Facoltativo 1

revoca del Pacchetto Facoltativo 2 (odontoiatria)

revoca del nucleo familiare

revoca "altri familiari del titolare"
(specificare il/i nominativo/i)

Luogo e data _____ **FIRMA** _____