

G

Domanda d'esonazione dall'obbligo d'assicurazione per le cure Medico-Sanitarie in Svizzera (lamal) per frontalieri e i loro coniugi non esercitanti un'attività lucrativa

Il/La sottoscritto/a

(1) Cognome: _____ Nome: _____
Indirizzo: _____ CAP/Luogo: _____
Telefono: _____ E-Mail: _____
Cittadinanza: _____ Stato civile: _____

Datore di lavoro:

e il/la/i coniugo/a/i non esercitante attività lucrativa: indicare i figli (fino max. 25 anni senza attività lucrativa) soltanto se nessun coniuge esercita un'attività lucrativa, percepisce una pensione o un'indennità di disoccupazione nel paese di domicilio

(2) Cognome: _____ Nome: _____
(3) Cognome: _____ Nome: _____
(4) Cognome: _____ Nome: _____
(5) Cognome: _____ Nome: _____

- | | | | |
|---|----------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Lavora il Suo coniuge /compagno/a? | Dove (Stato)? | | |
| <input type="checkbox"/> Per persone nubile / celibe: abitate insieme con il/la Sua partner / bambino? | | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Per persone nubile / celibe: Chi paga il mantenimento dei figli? | | | |

è/sono assicurato/a/i per le cure medico-sanitarie in

Stato: _____ dal: _____ al: _____

Chiede pertanto l'esonazione dall'assicurazione obbligatoria in Svizzera (LAMal).

Luogo/data: _____ Firma del richiedente: _____

Allegati:

– copia/e del/dei modulo/i A.S.L. (Tessera Sanitaria)