



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 coniuge/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: _____

Lavora il Suo coniuge /compagno/a?

Si No

Dove (Stato)? _____

Per persone nubile / celibe: abitate insieme con il/la Sua partner / bambino?

Si No

Per persone nubile / celibe: Chi paga il mantenimento dei figli? _____

vedi retro 

EINWOHNERDIENSTE GEMEINDE ST. MORITZ

Via Maistra 12, CH-7500 St. Moritz, T +41 81 836 30 50, F +41 81 836 30 51
einwohnerdienste@stmoritz.ch, www.gemeinde-stmoritz.ch



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

Stato: _____ dal: _____ al: _____

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

Luogo/data:

Firma del richiedente:

Allegati:

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