



Vschinauncha da Silvaplana - Gemeinde Silvaplana

Tel. 081 838 70 70

www.silvaplana.ch

**DOMANDA DI ESENZIONE DALL'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE PER LE  
CURE MEDICO-SANITARIE IN SVIZZERA (LAMAL)**

**Per frontalieri e loro congiunti non esercitanti un'attività lucrativa**

Il/La sottoscritto/a

(1) Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro e luogo di lavoro: \_\_\_\_\_

e il/la/i congiunto/a/i **non esercitante/i** attività lucrativa:

(indicare i figli soltanto se nessun genitore 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: \_\_\_\_\_

(6) Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

è/sono assicurato/a/i per le cure medico-sanitarie in \_\_\_\_\_ (Stato) per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. Chiede pertanto l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria in Svizzera (LAMal).

Per le persone assicurate volontariamente presso un **assicuratore privato**, l'assicuratore qui di seguito indicato conferma di coprire interamente eventuali costi per cure medico-sanitarie in Svizzera.

Assicuratore:

Indirizzo (timbro):

Luogo/data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Luogo/data:

Firma del richiedente:

**Da allegare:**

- copia/e tessera sanitaria/e
- certificato di residenza