



**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: _____ Religione: _____

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 tessera sanitaria (ASL)