



**Familiari di persone residenti in Svizzera, non esercitanti un'attività
lucrativa
Domanda di esonero dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-
sanitarie in Svizzera**

La persona menzionata qui di seguito

Cognome: _____ Nome: _____ nato/a: _____

Cittadinanza (Stato): _____

Indirizzo dell'abitazione in Svizzera: _____

chiede di essere esonerata dall'obbligo d'assicurazione per le cure medico-sanitarie in Svizzera per i seguenti familiari **non esercitanti un'attività lucrativa**: (nominare i figli soltanto se nessun genitore esercita un'attività luorativa nel paese di domicilio)

Cognome: _____ Nome: _____ nato/a: _____

Tali persone sono assicurate per le cure medico-sanitarie in _____ (Stato)
per il periodo dal _____ al _____ .

Qualora si tratti di persone assicurate volontariamente per le cure medico-sanitarie presso un assicuratore privato, l'assicuratore qui di seguito conferma di coprire per intero gli eventuali costi per cure medico-sanitarie in Svizzera.

Assicuratore:

Indirizzo (timbro):

Luogo e data: _____ Firma: _____

Luogo e data:

Firma del richiedente:

Allegati:

- Copia del certificato o copie dei certificati d'assicurazione