

## Tagliando di risposta

Cognome e nome:	N° di partner:
Data di nascita:	Cittadinanza:
Stato civile:	Paese di destinazione:
Domicilio legale attuale (Via, CAP, Luogo e Paese):	
Telefono:	Indirizzo e-mail
Nome e indirizzo della banca:	
BIC/SWIFT:	
IBAN e/o numero di conto:	

**Beneficiario di una rendita svizzera / di indennità giornaliera dal:** \_\_\_\_\_

**Desidero mantenere il contratto**

- Accludere l'attestato di partenza dal comune di domicilio in Svizzera e un documento che attesta il diritto a una rendita svizzera.

**Desidero disdire il contratto e assicurarmi nel mio nuovo paese di domicilio**

Si rivolga a: Istituto Comune LAMal di Soletta, Gibelinstrasse 25, Casella postale, 4503 Soletta  
Tel.+41(0)32 625 30 30, per esercitare il diritto di opzione (soltanto in caso di partenza in Austria, Germania, Francia, Italia, Spagna e Portogallo). L'istituto ci trasmetterà direttamente la decisione convalidata.

Documenti da accludere:

- Attestato di partenza dal comune di domicilio in Svizzera
- Attestato del nuovo assicuratore malattia estero

**Il mio reddito proviene/proverrà dall'estero:**  Sì  No

- In caso affermativo, dal: \_\_\_\_\_
- Tipo di reddito: \_\_\_\_\_
- Paese di provenienza: \_\_\_\_\_
- Accludere l'attestato di partenza dal comune di domicilio in Svizzera.

**Altro eventuale reddito salariale:**  Sì  No

- Tipo di reddito: \_\_\_\_\_
- Tasso d'attività (%): \_\_\_\_\_

**Membro(i) della famiglia****Coniuge**

Cognome e nome del coniuge: \_\_\_\_\_

Assicuratore del coniuge: \_\_\_\_\_

 Il mio coniuge non esercita alcuna attività lucrativa Il mio coniuge esercita un'attività lucrativa in (indicare il nome del paese): \_\_\_\_\_ Il mio coniuge beneficia di una rendita/indennità giornaliera:  Sì  No

In caso affermativo, nome del paese/ente debitore della rendita: \_\_\_\_\_

**Figlio(i)** Non ho alcun figlio a carico Ho un figlio/dei figli a carico. In caso affermativo, compilare la seguente tabella:

Nome del figlio	Cognome del figlio	Data di nascita	Assicuratore(i)	Situazione (scolaro, apprendista ecc.)

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Documento da inviare al seguente indirizzo:

Groupe Mutuel – Gestione clienti - Rue des Cèdres 5 - Casella postale - CH-1919 Martigny