

Partenza Svizzera - Tagliando di risposta - Pensionato

Cognome – Nome _____ No di cliente _____
 Data di nascita _____ Nazionalità _____
 Stato civile _____ Paese di destinazione _____
 Domicilio legale all'estero (Via, CAP, Luogo et Paese) _____

 Numero di tel./cellulare _____ E-mail _____
 Nome e indirizzo della banca _____
 BIC/SWIFT _____
 IBAN e/o numero di conto _____

Membri della famiglia

Coniuge

Nome/Cognome del coniuge _____
 Assicuratore del coniuge _____
☐ il mio coniuge non esercita alcuna attività lucrativa _____
☐ il mio coniuge esercita un'attività lucrativa (paese dell'attività) _____
☐ il mio coniuge é beneficiario di una rendita / indennità giornaliera: ☐ No ☐ Sì
 Se sì, paese/ente debitore della rendita / indennità giornaliera _____

Bambini

☐ non ho alcun bambino a carico
☐ ho bambini a carico. Se sì, la ringraziamo di compilare la tabella seguente :

Cognome(i) del/dei bambino(i)	Nome(i) del/dei bambino(i)	Data di nascita	Assicuratore(i)	Situazione (scolaro, formazione, apprendista ecc.)
----------------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------	--

Società di Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA – 1846 SA

AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Mutuel Assicurazioni SA

Coordinate amministrative: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny– 0848 803 111 – www.groupe-mutuel.ch

Percepisco una rendita svizzera/indennità giornaliera, dal _____

Nome e indirizzo dell'ente che eroga la rendita _____

Tipo di prestazione legale :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assicurazione per la vecchiaia AVS | <input type="checkbox"/> assicurazione invalidità AI |
| <input type="checkbox"/> assicurazione militare AM | <input type="checkbox"/> assicurazione contro gli infortuni LAINF |
| <input type="checkbox"/> previdenza professionale (PP) rendita | <input type="checkbox"/> previdenza professionale (PP) capitale |
| <input type="checkbox"/> rendita di orfano | |

☐ **Desidero mantenere il mio contratto**

- Accludere attestato di partenza del comune di domicilio in Svizzera
- Accludere un documento che attesti il diritto a una rendita Svizzera

Il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarà adeguato in funzione del suo nuovo paese di residenza.

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

- Inviare una richiesta scritta di dispensa all'Istituto Comune LAMal di Soletta, Gibelinstrasse 25, casella postale, 4503 Soletta, Tel. 032 625 30 30, per esercitare il proprio diritto d'opzione (soltanto per le partenze in Austria, Germania, Francia e Italia, Spagna* e Portogallo). ** persone di cittadinanza svizzera o spagnola*
- Accludere attestato di partenza del comune di domicilio in Svizzera
- Accludere attestato dell'assicurazione estera con precisata la data di adesione

Percepisco/percepirò un reddito dall'estero (rendita, salario, indennità di disoccupazione, indennità giornaliera) :

☐ No ☐ Sì

Se sì, dal _____

Tipo di reddito _____ Tasso d'attività (%) _____

Paese di provenienza _____

- Accludere attestato di partenza del comune di domicilio in Svizzera

Luogo, data :

Firma :



Inviare il presente documento all'indirizzo:

Groupe Mutuel – Contratti - Rue des Cèdres 5 - Case postale - CH-1919 Martigny

Società di Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA – 1846 SA

AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Mutuel Assicurazioni SA

Coordinate amministrative: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny– 0848 803 111 – www.groupemutuel.ch