



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Domande relative

N. di polizza _____
Nome / Cognome _____
Telefono / Cellulare _____
E-Mail _____

1. **Notifica la partenza all'ufficio del controllo abitanti?** Sì No
1.1 Se sì, le chiediamo di inviarci il certificato di avvenuta notifica di partenza del suo comune di domicilio e di comunicarci il suo nuovo indirizzo

2. **Lavorerà nel nuovo luogo di residenza?** Sì No
2.1 Se sì, dati del posto di lavoro _____
3. **È frontaliere/a?** Sì No
3.1 Se sì, data del permesso G _____
4. **Lavorerà all'estero per un datore di lavoro svizzero?** Sì No
4.1 Se sì, dati del datore di lavoro (nome della ditta e indirizzo)

4.2 Per quanto tempo? dal (data) _____ al (data): _____
5. **Percepisce una rendita o un'indennità giornaliera dalla Svizzera?** Sì No
5.1 Se sì, da quale assicurazione sociale?
 AVS AD AI LPP LAINF AM
6. **Percepisce un altro reddito dall'estero?** Sì No
6.1 Se sì, tipo di reddito _____
6.2 Da quale Paese percepisce il reddito? _____
7. **Si iscriverà a un corso di studio presso la nuova residenza?** Sì No
8. **Parte per un lungo viaggio?** Sì No
8.1 Se sì, quanto durerà il viaggio?
Dal (data): _____ Al (Data): _____

Luogo e data _____ Firma _____



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Se sono interessati altri membri della famiglia, si prega di completare i seguenti elementi:

Dati del/della coniuge

N. di polizza _____

Nome / Cognome _____

Assicurazione malattia _____

La sua / Il suo coniuge lavora? Sì No

Se sì, da quale Paese la/il coniuge percepisce il reddito? _____

La sua / Il suo coniuge percepisce una rendita? Sì No

Se sì, da quale Paese la/il coniuge percepisce la rendita? _____

Dati dei figli

N. di polizza _____

Nome / Cognome _____

Scuola Università Apprendistato Lavoro

N. di polizza _____

Nome / Cognome _____

Scuola Università Apprendistato Lavoro

Assicurazione malattia dei figli _____

Luogo e data _____ Firma _____