

Prestazioni complementari (PC) Richiesta per il rimborso dei costi di malattia e di assistenza

da inoltrare a:

SVA Graubünden
Team Ergänzungsleistungen
Ottostrasse 24
Postfach
7001 Chur

Persona assicurata

Numero AVS (13 cifre)

756.

Data di nascita

Cognome

Nome

Indirizzo

NPA, località

Indirizzo di recapito della decisione/comunicazione

(da citare soltanto nel caso in cui la decisione/comunicazione non dovesse essere recapitata all'assicurato)

Nome del rappresentante

Indirizzo

NPA, località

Pagamento

(da citare soltanto nel caso in cui non è identico con il pagamento della PC mensile)

Titolare del conto

IBAN bancario o postale

CH

