

## Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2021

La riduzione dei premi aiuta gli assicurati aventi diritto, in condizione economica modesta, a sgravare l'onere finanziario per i premi dovuti all'assicurazione base obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Prima di compilare la richiesta la preghiamo di leggere attentamente le **direttive**. Per favore inoltri la richiesta interamente compilata con gli allegati necessari all' **Agenzia AVS del suo comune di domicilio**.

### 1. Persona richiedente

N° d'assicurazione 756. Telefono \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
incluso cognome da nubile \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ NPA/Luogo \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato d'origine \_\_\_\_\_ Tipo di permesso \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ valido dal \_\_\_\_\_ Sesso (m/f) \_\_\_\_\_  
Indirizzo di recapito \_\_\_\_\_  
Domicilio al 1.1.2021 \_\_\_\_\_  
Professione/formazione \_\_\_\_\_  
Corrispondenza in lingua  tedesca  italiana

#### Dati aggiuntivi per la persona richiedente, fino e compresi 25 anni d'età

Al 1.1.2021 era in formazione?  sì  no ► allegare la conferma della formazione

Al 1.1.2021 era studente?  sì  no ► allegare la conferma della formazione

Durata della formazione o dello studio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Studio a tempo pieno  Studio a tempo parziale

Nome e indirizzo dei genitori  
o di terze persone \_\_\_\_\_

### 2. Coniuge

Cognome \_\_\_\_\_  
incluso cognome da nubile \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato d'origine \_\_\_\_\_ Tipo di permesso \_\_\_\_\_  
N° d'assicurazione 756. Sesso (m/f) \_\_\_\_\_  
Domicilio al 1.1.2021 \_\_\_\_\_

### 3. Figli fino all'età di 18 anni, fino e compresa l'annata 2003

Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Continua a tergo!

#### 4. Giovani adulti in formazione a partire dall'annata 2002, dai 19 anni in poi

► allegare la conferma della formazione

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Domicilio al 1.1.2021	_____	_____	_____
<u>Formazione</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
<u>Studio</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Tempo pieno o parziale	_____	_____	_____

#### 5. Destinatario del pagamento: assicuratore malattie

Un eventuale diritto alla riduzione dei premi verrà versato direttamente all'assicuratore malattie secondo la polizza 2021.

#### 6. Allegati indispensabili di tutte le persone elencate sulla richiesta

La preghiamo di NON fissare i documenti con le graffette

- Polizza d'assicurazione malattia LAMal valida dal 1.1.2021
- Conferma della formazione per le persone tra i 19 - 25 anni d'età (contratto di tirocinio, conferma della scuola, conferma di immatricolazione ecc.)
- Copia dei permessi di dimora rilasciati dalla polizia degli stranieri

Il diritto RIP viene verificato non appena la richiesta è completa con i dati e documenti richiesti.

---

**Si conferma l'esattezza e completezza di tutte le indicazioni:**

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

Firma della persona richiedente oppure del suo  
rappresentante (parente, tutore, autorità)

Firma del coniuge oppure del suo rappresentante  
(parente, tutore, autorità)

---

**Il diritto alla RIP 2021 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2021.**

---

---

**Conferma da parte dell'Agenzia AVS del comune di domicilio**

Arrivato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Beneficiario dell'assistenza sociale  sì  no Assistenza sociale dal \_\_\_\_\_  
Per favore alleggi la dichiarazione di liberazione dal segreto professionale attualmente valida.

L'Agenzia AVS ha controllato i presenti dati e ne conferma l'esattezza.

Data di ricezione presso l'Agenzia AVS

Timbro e firma