

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2017

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**.

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 1.1.2017 _____
Professione/formazione _____
Corrispondenza in lingua tedesca italiana

Dati aggiuntivi per la persona richiedente, fino e compresa l'annata 1992

Al 1.1.2017 era in formazione? sì no ► allegare la conferma della formazione

Al 1.1.2017 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) _____

3. Figli fino all'età di 18 anni, fino e compresa l'annata 1999

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

Continua a tergo!

4. Giovani adulti in formazione che superano i 18 anni, a partire dall'annata 1998

▶ allegare la conferma della formazione

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Domicilio al 1.1.2017	_____	_____	_____
<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 2017.

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 1.1.2017
- Conferma della formazione per le persone fino all'età di 25 anni (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 2017 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2017.

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