

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2018

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	_____	Nome	_____
incluso cognome da nubile	_____	NPA/Luogo	_____
Via	_____	Stato d'origine	_____ Tipo di permesso _____
Data di nascita	_____	valido dal	_____ Sesso (m/f) _____
Stato civile	_____		
Indirizzo di recapito	_____		
Domicilio al 1.1.2018	_____		
Professione/formazione	_____		
Corrispondenza in lingua	<input type="radio"/> tedesca	<input type="radio"/> italiana	

Dati aggiuntivi per la persona richiedente, fino e compresa l'annata 1993

Al 1.1.2018 era in formazione? sì no ► allegare la conferma della formazione

Al 1.1.2018 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	_____	Nome	_____
incluso cognome da nubile	_____	Stato d'origine	_____ Tipo di permesso _____
Data di nascita	_____	Sesso (m/f)	_____
N° d'assicurazione	756.		

3. Figli fino all'età di 18 anni, fino e compresa l'annata 2000

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

Continua a tergo!

4. Giovani adulti in formazione a partire dall'annata 1999, 19 anni ed oltre

▶ allegare la conferma della formazione

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Domicilio al 1.1.2018	_____	_____	_____
<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 2018.

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 1.1.2018
- 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 2018 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2018.

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