

Notifica di mutazione riguardante la riduzione dei premi per l'anno 2017
Attenzione, questo NON è un modulo di richiesta

La preghiamo di utilizzare questo formulario per cambiamenti nel corso dell'anno. Esamineremo i cambiamenti avvenuti soltanto se tutti i dati saranno completi e se i giustificativi richiesti saranno stati allegati.

Persona richiedente

N° d'assicurazione 756.
Cognome
incluso cognome da nubile _____ Nome _____
Via _____ NPA/Luog _____
Data di nascita _____ Telefono _____
Corrispondenza in lingua tedesca italiana

Cambiamento dello stato civile

sposato/a vedovo/a separato/a divorziato/a valido dal _____

Indicazione: Matrimonio, separazione o divorzio nell'anno corrente vengono considerati a partire dall'anno successivo.

Coniuge

Cognome
incluso cognome da nubile _____ Nome _____
Data di nascita _____ Stato d'origine _____ Tipo di permesso _____
N° d'assicurazione 756. Sesso (m/f) _____
Professione / formazione _____ dal _____ al _____

Annuncio di nascita

Cognome	Nome	Data di nascita	m / f	Tipo di permesso
_____	_____	_____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	_____

Decesso

Cognome _____ Nome _____ deceduto/a il _____
Indirizzo di recapito _____

Cambiamento d'indirizzo

Via _____ NPA/Luogo _____
valido dal _____ Telefono _____

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	_____	_____	_____

Cambiamento dell'assicuratore malattia

Allegare la nuova polizza d'assicurazione malattia LAMal

Cognome	Nome	Data di nascita	Nome della cassa malati	valido dal
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Allegati per ogni persona

- Polizza d'assicurazione malattia LAMal
- Copia del permesso di dimora della polizia degli stranieri
- Conferma della formazione per le persone fino all'età di 25 anni (contratto di tirocinio, conferma della scuola, immatricolazione ecc.)
- _____

Si conferma l'esattezza e la 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 riduzione dei premi decade se la notifica di mutazione non viene inoltrata
entro il 31.12.2017 alla Cassa di compensazione Grigioni**
