

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