



Richiesta online

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2024

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

Numero AVS	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 1.1.2024			
Professione/formazione			
Corrispondenza in lingua	<input type="radio"/> tedesca	<input type="radio"/> italiana	

Assicuratore malattia secondo la LAMal

Dati aggiuntivi per la persona richiedente se in formazione

Come formazione vale la preparazione sistematica ad una futura attività lucrativa come apprendistato, liceo cantonale, scuola professionale, scuola universitaria e così via.

Al 1.1.2024 era in formazione? sì no ► allegare la conferma della formazione

Al 1.1.2024 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 o partner in unione domestica registrata

Cognome		Nome	
incluso cognome da nubile		Stato d'origine	Tipo di permesso
Data di nascita		Sesso (m/f)	
Numero AVS	756.		
Domicilio al 1.1.2024			

Assicuratore malattia secondo la LAMal

3. Bambini e giovani adulti → a partire dai 16 anni d'età, allegare la conferma della formazione

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Domicilio al 1.1.2024	_____	_____	_____
<u>Formazione</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
<u>Studio</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Tempo pieno o parziale	_____	_____	_____
Assicuratore malattia secondo la LAMal	_____	_____	_____

4. Allegati indispensabili di tutte le persone elencate sulla richiesta

- Conferma della formazione per le persone a partire dai 16 anni d'età (contratto di tirocinio, conferma della scuola, conferma di immatricolazione ecc.)
- Copia dei permessi di dimora rilasciati dalla polizia degli stranieri

5. Destinatario del pagamento: assicuratore malattia

Un eventuale diritto alla riduzione dei premi verrà versato direttamente all'assicuratore malattia.

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 2024 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2024.
