



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	
<b>Assicuratore malattia secondo la LAMal</b>			

### 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			
<b>Assicuratore malattia secondo la LAMal</b>			

**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	_____	_____	_____
<b>Assicuratore malattia secondo la LAMal</b>	_____	_____	_____

**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.**

---