



Richiesta online

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2024 a favore delle persone tassate alla fonte

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 CH _____
Domicilio al 1.1.2024 _____
Professione _____
Corrispondenza in lingua tedesca italiana
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.) sì no

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 _____
Data di nascita _____ Sesso (m/f) _____
Numero AVS 756. Tipo di permesso _____
Abita pure lei in Svizzera? sì no
Domicilio al 1.1.2024 _____
Nel 2024 ha lavorato in Svizzera? sì no vedi cifra 4
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.) sì no vedi cifra 4

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	_____	_____	_____
Paese di domicilio	_____	_____	_____
<u>Formazione</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
<u>Studio</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Tempo pieno o parziale	_____	_____	_____
Assicuratore malattia secondo la LAMal	_____	_____	_____

4. Dati concernenti il reddito nell'anno 2024 di tutti i membri della famiglia elencati sulla richiesta

Tutti i redditi fino ad ora ottenuti nel 2024; tuttavia almeno 6 conteggi mensili consecutivi nell'anno 2024
Come redditi valgono ad esempio:

- Certificati di salario di tutti i datori di lavoro incl. redditi conteggiati con la procedura semplificata
- Salario sostitutivo come indennità giornaliera AD, LAINF ecc.
- Certificati di rendite AI o LPP, indennità in capitale, indennità per menomazione dell'integrità ecc.
- Certificati di rendite estere
- Pagamenti di mantenimento da terzi

5. Allegati indispensabili di tutte le persone elencate sulla richiesta

La preghiamo di NON fissare i documenti con le graffette

- Copia dei permessi di dimora rilasciati dalla polizia degli stranieri
- Tutti i giustificativi secondo la posizione 4
- Conferma della formazione per le persone a partire dai 16 anni d'età (contratto di tirocinio, conferma della scuola, immatricolazione ecc.)
- Per ogni figlio/a che vive all'estero: un attestato ufficiale di esistenza in vita non più vecchio di un anno

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