

## Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2020 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**. Non appena tutti i dati e i giustificativi necessari saranno completi, verrà verificato il diritto RIP.

### 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 CH \_\_\_\_\_  
Domicilio al 1.1.2020 \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_  
Corrispondenza in lingua  tedesca  italiana  
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.)  si  no

### 2. Coniuge

Cognome \_\_\_\_\_  
incluso cognome da nubile \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato d'origine \_\_\_\_\_  
N° d'assicurazione 756. Sesso (m/f) \_\_\_\_\_  
Abita pure lei in Svizzera?  si  no Tipo di permesso \_\_\_\_\_  
Domicilio al 1.1.2020 \_\_\_\_\_  
Nel 2020 ha lavorato in Svizzera?  si  no vedi cifra 5  
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.)  si  no vedi cifra 5

### 3. Figli e giovani adulti fino e compresa l'annata 1995

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Paese di residenza	_____	_____	_____
<u>Formazione</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
<u>Studio</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Tempo pieno o parziale	_____	_____	_____

**4. Destinatario del pagamento: assicuratore malattie**

Un eventuale diritto alla riduzione dei premi verrà versato direttamente all'assicuratore malattie secondo la polizza 2020.

**5. Dati concernenti il reddito nell'anno 2020 di tutti i membri della famiglia elencati sulla richiesta**

Tutti i redditi fin ora ottenuti nel 2020; almeno 6 mesi continuativi

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

**6. Attestazione del datore di lavoro per l'anno 2020** (per ogni persona che esercita una professione)

Il datore di lavoro conferma l'esattezza e la completezza dei certificati di salario allegati.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

(risp. nome e indirizzo del datore di lavoro ben leggibili)

---

**7. 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
- Polizza d'assicurazione malattia LAMal 2020
- Certificati di salario e conteggi delle indennità AD, LAINF ecc. dell'anno 2020
- Conferma della formazione per le persone tra i 19 - 25 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

---

**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 2020 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2020.**

---

**Conferma da parte dell'Agenzia AVS del comune di domicilio**

(rispettivamente luogo di lavoro per frontalieri)

Arrivato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Per persone con diversi arrivi e partenze durante l'anno vi preghiamo di allegare il certificato di domicilio dettagliato.

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