|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Office des assurances sociales  Service Réduction des primes  Forelstrasse 1  3072 Ostermundigen |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Examen du droit à la réduction des primes d’assurance maladie**

J’ai / nous avons reçu une allocation pour impotent pour l’année \_\_\_\_\_\_ et l’ai / l’avons inscrite dans ma / notre déclaration d’impôt au chiffre 2.25 (revenus non imposables).

Veuillez examiner mon / notre droit à une réduction des primes d’assurance.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’assuré : 756.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_

L’allocation pour impotent a été versée pour…

… moi-même / nous-mêmes

… mon conjoint / ma conjointe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

… mon / notre enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*NB :*

* Ce formulaire doit être rempli et remis chaque année à l’Office des assurances sociales et de la surveillance des fondations d’ici au 31 décembre.
* Les corrections ne peuvent être apportées qu’après l’établissement de la taxation définitive. Il est donc possible que la présente demande ne soit examinée qu’après quelques semaines ou quelques mois.