



Antrag auf Prämienverbilligung oder Neuberechnung der Prämienverbilligung 2025

Dätwylstrasse 11
6460 Altdorf

Telefon 041 874 50 10
ipv@svsuri.ch, www.svsuri.ch

Anmeldefrist: 31. Dezember 2025

1. Antragssteller / Antragsstellerin (Personalien Familienverhältnisse am 1. Januar 2025)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	AHV-Nummer	756.
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/> seit <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>		

2. Ehepartner / Ehepartnerin

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	AHV-Nummer	756.
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/> seit <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>		

3. Kinder bis zum 18. Altersjahr (Jahrgänge 2007–2024)

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Krankenkasse
.....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....	.....

4. Ergänzende Fragen

Sind Sie zwischen 19 und 25 Jahre alt und standen Sie am 1. Januar des Anspruchsjahrs in Ausbildung? nein ja

Werden Sie quellenbesteuert? nein ja

Bezieht eine oben aufgeführte Person Sozialhilfeleistungen? nein ja

Bezieht eine oben aufgeführte Person Ergänzungsleistungen zur AHV/IV? nein ja

5. Bemerkungen

6. Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ort, Datum

Unterschrift