



Informationen:  
041 819 05 19  
ipv@aksz.ch

Ausgleichskasse Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

Anmeldung zur Prämienverbilligung 2020

1 Antragstellende Person (massgebend sind die Verhältnisse am 1. Januar 2020)

Hinweis: Junge erwachsene Personen in Ausbildung (Jahrgang 1995–2001) haben einen Gesamtanspruch zusammen mit den Eltern. Die Anmeldung ist von den Eltern auszufüllen, junge Erwachsene müssen unter Punkt 4 aufgeführt werden.

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_ Wohnsitz am 1. Januar 2020 \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. 7 5 6 . [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Krankenkasse \_\_\_\_\_

Junge Erwachsene (Jg. 1995–2001): Sind Sie per Stichtag 1. Januar 2020 voraussichtlich in Ausbildung? nein  ja

Hinweis: Bitte geben Sie uns Ihre aktuelle Krankenkasse bzw. die Untergruppe der Krankenkasse bekannt. Krankenkassenwechsel sind uns umgehend mitzuteilen.

2 Ehegattin (massgebend sind die Verhältnisse am 1. Januar 2020)

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Frauenname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. 7 5 6 . [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Krankenkasse \_\_\_\_\_

3 Kinder bis zum 18. Altersjahr (bis und mit Jahrgang 2002)

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Krankenkasse
_____	_____	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 <input type="checkbox"/>	_____	_____

Kinder, welche nach dem 1. Januar 2020 geboren werden, können für eine Neuberechnung berücksichtigt werden. Die Nachmeldung muss innert 6 Monaten nach der Geburt mit einer Kopie des Familienausweises erfolgen.

4 Junge Erwachsene (Jg. 1995–2001) in Ausbildung

Name	Vorname	Geb. Datum	Ausbildungsende	Krankenkasse
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Die Kopien aller Lehrverträge/Schul- oder Studienbestätigungen sind beizulegen.

