

Informationen:
041 819 05 19
ipv@aksz.ch
www.aksz.ch



Ausgleichskasse Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

Anmeldung zur Prämienverbilligung 2024

IPVdigital

Sie können die Anmeldung auch online einreichen. Scannen Sie den QR-Code mit einem Smartphone oder Tablet oder rufen Sie die Webseite www.aksz.ch/ipvdigital auf. Unmittelbar nach dem Einsenden erfolgt eine Eingangsbestätigung per E-Mail.



1 Antragstellende Person (massgebend sind die Verhältnisse am 1. Januar 2024)

Hinweis: Junge erwachsene Personen in Ausbildung (Jahrgang 1999 – 2005) 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 2024 _____

Versicherten-Nr.

7	5	6
---	---	---

 .

--	--	--	--

 .

--	--	--	--

 .

--	--

 Krankenkasse _____

Junge Erwachsene (Jg. 1999 – 2005): Sind Sie per Stichtag 1. Januar 2024 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 Ehepartner (massgebend sind die Verhältnisse am 1. Januar 2024)

Familienname _____ Vorname _____

Ledigname _____ Geburtsdatum _____

Versicherten-Nr.

7	5	6
---	---	---

 .

--	--	--	--

 .

--	--	--	--

 .

--	--

 Krankenkasse _____

3 Kinder bis zum 18. Altersjahr (bis und mit Jahrgang 2006)

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 bis Ende des Anspruchsjahres geboren werden, können für eine Neuberechnung berücksichtigt werden. Die Nachmeldung muss bis spätestens zum 31. März vom Folgejahr mit einer Kopie des Familienausweises und der Krankenkassenpolice erfolgen.

4 Junge Erwachsene (Jg. 1999 – 2005) in Ausbildung

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

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

5 Allgemeine Zusatzfragen

Haben Sie schon einmal im Kanton Schwyz Prämienverbilligung beantragt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erhält eine der aufgeführten Personen Ergänzungsleistungen zur AHV/IV Rente?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bezieht eine der aufgeführten Personen Leistungen der öffentlichen Sozialhilfe?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hat eine oder mehrere der aufgeführten Personen eine Vertretung (z. B. Beistand)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

6 Auszahlung der Prämienverbilligung 2024

Die Auszahlung erfolgt an Ihre Krankenkasse. Diese bringt die Verbilligung direkt bei Ihrer Prämienrechnung in Abzug.

7 Vollständigkeit der Angaben / Vollmacht / Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind. Er/Sie nimmt zur Kenntnis, dass sich strafbar macht, wer durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich Prämienverbilligung erwirkt oder zu erwirken versucht. Die zu Unrecht bezogenen Leistungen – unabhängig von der Auszahlungsart – sind zurückzuerstatten. Zudem ermächtigt er/sie die Ausgleichskasse Schwyz zur Einholung von Auskünften bei Steuerverwaltungen und anderen öffentlichen Ämtern und Anstalten sowie bei den Krankenkassen.

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift der antragstellenden Person / Vertretung

Beachten Sie bitte, dass Sie beweispflichtig sind, sollte das Anmeldeformular nicht bei der Ausgleichskasse eingehen.

Empfänger von wirtschaftlicher Sozialhilfe nach SKOS-Richtlinien

Die Zeit der Unterstützung ist zwingend mit dem Fürsorgebeschluss inkl. SKOS-Berechnung zu belegen.

Unterstützung von _____ bis _____

Die versicherte Person hat bereits selber eine Anmeldung für Prämienverbilligung 2024 eingereicht nein ja

_____	_____
Ort und Datum	Stempel & Unterschrift Sozialhilfestelle