

# Antrag auf Prämienverbilligung oder Neuberechnung der Prämienverbilligung 2026

Anmeldefrist: 31. Dezember 2026

Dätwylerstrasse 11  
6460 Altdorf

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

## 1. Antragssteller / Antragsstellerin (Personalien Familienverhältnisse am 1. Januar 2026)

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 2008–2025)

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

## 4. Ergänzende Fragen

Sind Sie zwischen 19 und 25 Jahre alt und standen Sie am 1. Januar des Anspruchsjahrs in Ausbildung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Werden Sie quellenbesteuert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bezieht eine oben aufgeführte Person Sozialhilfeleistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bezieht eine oben aufgeführte Person Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie im Vorjahr in den Kanton Uri gezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 5. Bemerkungen

--

## 6. Unterschrift

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

Ort, Datum

--

Unterschrift

--