

Antrag ist auf hellgrünem Papier einzureichen!

\_\_\_\_\_  
Versanddatum

\_\_\_\_\_  
Eingangsdatum Krankenkassen-Kontrollstelle

## Ergänzungsblatt Familienangehörige EU/EFTA für die individuelle Prämienverbilligung 2019

Vers. Nr.

### Ergänzungsblatt Familienangehörige EU/EFTA für die Krankenkassen-Prämienverbilligung 2019

Wir bitten Sie, dieses Ergänzungsblatt komplett und in Blockschrift auszufüllen. Alle bezugsberechtigten Personen der Familie müssen aufgeführt sein. Nur Personen mit nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in EU/EFTA-Staaten, welche in der Schweiz gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) grundversichert sind, können individuelle Prämienverbilligung (IPV) geltend machen (EU/EFTA: Rechtskraft Schweizer Abkommen 01.01.2019).

Dieses Formular muss **zusammen mit dem Krankenkassen-Prämienverbilligungsantrag** innert 30 Tagen nach Erhalt, unterschrieben der Krankenkassen-Kontrollstelle **der Gemeinde** (siehe oben links), **in der Sie am 01.01.2019 Wohnsitz hatten**, retourniert werden. **Die notwendigen Beilagen/Dokumente sind auf der Rückseite aufgeführt.**

#### 1. Abschnitt: Die folgenden Daten sind uns bekannt:

Antragsteller/in Ehepartner/in, Kinder mit Jahrgang 2001 – 2018 (G = Geschlecht w/m)

##### Antragsteller/Antragstellerin

Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV) Fr.

Adresse Schweiz

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Zivilstand	seit	G	Nationalität	seit:
Strasse	PLZ / Ort		Krankenkasse KVG			Aufenthaltsbewilligung	

---

##### Nicht erwerbstätige/r Ehegatte/in, Partner/in

Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV) Fr.

Adresse/Aufenthaltsort Ausland

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Ledigname	G	Nationalität	seit:
Strasse	PLZ / Ort / Land		Krankenkasse KVG			

---

##### Nichterwerbstätige Kinder der Jahrgänge 2001 – 2018:

In der Schweiz nach KVG versicherte Kinder, deren Eltern über ein steuerbares Vermögen verfügen, erhalten keine Prämienverbilligung.

Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Krankenkasse KVG	IPV-Betrag
1)					Fr.
2)					Fr.
3)					Fr.
4)					Fr.
5)					Fr.

Zusätzliche Kinder bitte separat auführen

**Bitte beachten Sie die Rückseite!**

## 2. Abschnitt: Stimmen alle Angaben?

### Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben:

Datum

Unterschrift Antragsteller/in und/oder Ehepartner/in, Partner/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

---

**Beilagen:** ☞ Krankenkassen Policen-Kopien 2019 (alle Seiten) aller IPV-berechtigten Personen

☞ **Ohne diese Beilage kann dieser Antrag nicht bearbeitet werden.**

---

## 3. Abschnitt: Durch die Gemeinde auszufüllen

Dieser Antrag muss auf **hellgrünem** Papier eingereicht werden

Wurde für das laufende Jahr bereits ein IPV-Antrag 2019 abgegeben?

Ja  Nein

Leistungsaufschub

(Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

seit \_\_\_\_\_

Die Gemeinde bestätigt die Richtigkeit der beantragten Prämienverbilligung sowie der angegebenen Personalien und der Familienverhältnisse. Der vorliegende IPV-Antrag wurde geprüft und wird zur Auszahlung freigegeben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift (Krankenkassen-Kontrollstelle)