

Gemeinde :

Krankenversicherungsdeckung der Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit eines Staatsangehörigen der EU/EFTA, welche im Ausland wohnen (ausser Frankreich)

1. Persönliche Angaben betreffend die Person, die in der Schweiz wohnt:

Name
Vorname AHV-Nr.
Geburtsdatum -- . -- . Nationalität Geschlecht M W
Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
Bewilligungsart C-Bew. B-Bew. L-Bew. Gültig ab
Adresse
Versicherer in der CH

2. Wohnen **nicht erwerbstätige Familienmitglieder** (Ehegatte/in, Kind(er) in einem EU- bzw. EFTA-Staat (ausser CH und Frankreich). Für Frankreich das Spezialformular (Anhang 4) benutzen.

Nein ⇒ Punkt Nr. 8 Ja ⇒ Punkte Nr. 3 und Nr. 4

3. Nicht erwerbstätige Familienmitglieder

	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Geschlecht (w/m)	Nationalität
Ehegatte/in
Kinder

Adresse				

4. In welchem Staat wohnt Ihre Familie?

Nur folgende Punkte ausfüllen

Deutschland Österreich Finnland Italien* ⇒ Punkte Nr. 5 + 8

Belgien Griechenland Luxemburg Slowenien Island Norwegen Niederlande Zypern
 Estland Litauen Lettland Malta Polen Slowakei Irland Tschechische Republik ⇒ Punkte Nr. 6 + 8

Bulgarien Rumänien

Grossbritannien Dänemark Schweden Portugal Liechtenstein Spanien Ungarn ⇒ Punkte Nr. 7 + 8

5. Versicherung in der Schweiz

Optionsrecht

Versicherung im Wohnstaat

Meine Familie hat die Schweizer Versicherung gewählt. Ich weise damit nach, dass meine Familie in der Schweiz versichert ist und lege **eine Kopie der Versicherungspolice(n) bei.**

Meine Familie hat die Versicherung in Ihrem Wohnstaat gewählt. Ich weise damit nach, dass meine Familie versichert ist und lege eine Kopie der Versicherungspolice(n) bei.

* Falls der Wohnstaat Finnland oder Italien ist, ist **die Kopie der Versicherungspolice(n) nicht nötig.**

6. Versicherungspflicht in der Schweiz

Meine Familie untersteht der Schweizer Versicherungspflicht. Ich weise damit nach, dass meine Familie in der Schweiz versichert ist und lege **eine Kopie der Versicherungspolice(n) bei.**

7. Durch Gesundheitssystem des Wohnstaates versichert

Meine Familie untersteht automatisch dem System des Wohnstaates und ich muss demzufolge keinen Beweis erbringen, dass sie einer Versicherung angeschlossen ist.

8. Datum und Unterschrift

Achtung: Bevor Sie unterschreiben, nehmen Sie die Informationen auf der Rückseite zur Kenntnis

Datum:

Unterschrift:

Zurücksenden an: Gemeinde

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Dieses Formular muss unbedingt innert 60 Tagen an die Gemeinde zurückgeschickt werden

Familienmitglieder

Gemeinde :

Wichtige Zusatzinformationen

Unvollständige oder ungenaue Angaben können zu einer mangelhaften Versicherungsdeckung Ihrer nicht erwerbstätigen Familienangehörigen führen.

Bei den Kopien der Versicherungsausweise beachten Sie bitte:

1. Die Kopien der Versicherungsausweise der betroffenen Personen müssen Ihrer Sendung unbedingt beigelegt werden.
2. Wenn diese Belege fehlen, werden Ihre betroffenen Familienangehörigen von Amtes wegen einer Versicherung angeschlossen. Bei einem Annullierungsgesuch werden Verwaltungsgebühren erhoben.