

**Krankenversicherungsdeckung der Grenzgänger/innen (Ausweis G), Staatsangehörige der EU und wohnhaft in Deutschland, Italien\*, Österreich**

**1. Persönliche Angaben über den/die Grenzgänger/in:**

Name .....

Vorname(n) ..... AHV-Nr. ....

Geburtsdatum --- -- -- Nationalität ..... Geschlecht  M  W

Zivilstand  ledig  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet

Adresse .....

Arbeitgeber .....

Adresse des Arbeitgebers .....

**2. Angaben über nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich**

	Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Geschlecht (m/w)	Nationalität
Ehegatte/-gattin	.....	.....	.....	.....	.....
Kinder	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
Adresse	.....				

**3. Nachweis des Krankenversicherungsschutzes**

Als Grenzgänger eines EU-Staates mit einem Ausweis G, wohnhaft in Deutschland, Italien\* oder Österreich, wähle ich:

**Versicherung in der Schweiz**

Ich weise hiermit nach, dass ich/wir in der Schweiz versichert bin/sind und lege(n) eine/die **Kopie(n) der/des Versicherungsausweise(s)** bei.

**Versicherung im Wohnland, Optionsrecht \***

Ich weise hiermit nach, dass ich in meinem Wohnland versichert bin (Europäische Versicherungskarte). Anderenfalls (ohne Europäische Versicherungskarte) lege ich das Gleichwertigkeitsformular ausgefüllt bei.

\* \* Personen mit Wohnsitz in Italien unterliegen automatisch, deshalb müssen sie keine Kopie der Bescheinigung beilegen.

Für Familienmitglieder, die in meinem Heimatland wohnen und keine Erwerbstätigkeit ausüben, ist ebenfalls ein Versicherungsnachweis beizulegen.

**Die Versicherungswahl des Arbeiters gilt ebenfalls für seine Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit.**

**Ausnahme:** Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit von deutschen Staatsangehörigen, die in Deutschland wohnhaft sind, können von ihrem Optionsrecht Gebrauch machen, unabhängig vom Ausweis G.

**4. 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**

## **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.