

Bilaterale Verträge

Obligatorische Krankenversicherung

Medizinische Behandlungen in der Schweiz und im Ausland



INHALTSVERZEICHNIS

1. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE	3
1.1. OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG	3
1.2. KONTROLLE DER VERSICHERUNGSPFLICHT	3
1.3. ZUWEISUNG ZU EINER KRANKENKASSE VON AMTES WEGEN	3
1.4. KONTROLLE DURCH DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG	3
2. VERSICHERUNGSPFLICHTIGE PERSONEN	4
2.1. IN DER SCHWEIZ WOHNHAFT E PERSONEN	4
2.2. VERSICHERUNGSPFLICHT BEI VORÜBERGEHEMDEM AUFENTHALT IM AUSLAND	4
2.3. PERSONEN MIT WOHNSITZ IN EINEM EU-/EFTA-STAAT: VERSICHERUNG AM ARBEITSORT	4
2.4. FAMILIENMITGLIEDER OHNE ERWERBSTÄTIGKEIT MIT WOHNSITZ IN EINEM EU-/EFTA-STAAT	4
2.5. INS AUSLAND ENTSANDTE ARBEITNEHMERINNEN	5
3. OPTIONSRECHT	5
3.1. INHABERINNEN EINES AUSWEISES L-EG MIT WOHNSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH UND ITALIEN	5
3.2. INHABERINNEN EINES G-AUSWEISES MIT WOHNSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH UND ITALIEN	6
3.3. NICHTERWERBSTÄTIGE FAMILIENANGEHÖRIGE MIT WOHNSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH, ITALIEN ODER FINNLAND	6
3.4. BESONDERES VERFAHREN FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IN FRANKREICH	7
3.5. MODALITÄTEN IN BEZUG AUF DAS OPTIONSRECHT	7
3.5.1 BESONDERE MODALITÄTEN DES OPTIONSRECHTS GEGENÜBER FRANKREICH	8
3.5.2 NEUE RECHTSPRECHUNG DES BUNDESGERICHTS BETREFFEND DAS OPTIONSRECHT	8
4. ANDERE BEFREIUNGSGRÜNDE	8
4.1. BEZÜGER EINER RENTE DER EU-/EFTA MIT WOHNSITZ IN DER SCHWEIZ (ART. 2 ABS. 1 BST. E KVV)	8
4.2. KLARE VERSCHLECHTERUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES (ART. 2 ABS. 8 KVV).	8
4.3. DOPPELBELASTUNG (ART. 2 ABS. 2 KVV).	9
4.4. AUS- UND WEITERBILDUNG: STUDENTINNEN, SCHÜLERINNEN, PRAKTIKANTINNEN (ART. 2 ABS. 4 KVV)	9
4.4.1 INHABERINNEN EINER EUROPÄISCHEN KRANKENVERSICHERUNGSKARTE (EKVK)	9
4.4.2 PRIVAT VERSICHERTE PERSONEN	10
4.4.3 KOLLEKTIVVERTRÄGE	10
4.5. AU-PAIR-ANGESTELLTE	10
4.6. ENTSANDTE ARBEITNEHMERINNEN (ART. 2 ABS. 5 KVV).	11
4.7. NICHTERWERBSTÄTIGE STAATSBÜRGERINNEN DER EU/EFTA (ART. 2 ABS. 7 KVV)	12
4.8. BERUFSTÄTIGKEIT IN ZWEI STAATEN (EU)	12
4.9. ARBEITNEHMERINNEN MIT EINER BESCHÄFTIGUNGSDAUER VON WENIGER ALS 90 TAGEN (3 MONATE)	12
4.10. PERSONEN MIT VORRECHTEN NACH INTERNATIONALEM RECHT (ART. 6 KVV)	12
5. GLEICHWERTIGE VERSICHERUNGSDECKUNG	13
6. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IN DER SCHWEIZ	13
6.1. PERSONEN, DIE IN DER SCHWEIZ WOHNEN UND IN EINEM EU-/EFTA-STAAT VERSICHERT SIND	13
6.2. PERSONEN, DIE SICH VORÜBERGEHEND IN DER SCHWEIZ AUFHALTEN UND IN EINEM EU-/EFTA-STAAT VERSICHERT SIND	14
7. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IN EINEM EU-/EFTA-STAAT	14
8. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IM AUSLAND (AUSSERHALB EU/EFTA)	15

1. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

1.1. OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in Kraft seit dem 1. Januar 1996, wurde für jede in der Schweiz wohnhafte Person eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt. Im Jahr 2002 hat das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (FZA) die Versicherungspflicht für Staatsbürgerinnen und Staatsbürger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) eingeführt, die in der Schweiz arbeiten (**Arbeitsortprinzip**). Ein ähnlicher Vertrag wurde mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) abgeschlossen.

1.2. KONTROLLE DER VERSICHERUNGSPFLICHT

Die kantonalen bzw. die kommunalen Behörden müssen die Einhaltung der Versicherungspflicht überwachen.

Artikel 4 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung vom 22. Juni 1995 bestimmt: *„Die Gemeinden überwachen die Einhaltung der Versicherungspflicht. Die Versicherten liefern den Gemeinden die notwendigen Beitrittsbescheinigungen“*.

Die Gemeinden müssen daher kontrollieren, ob alle Personen, die in ihrem Gebiet wohnen oder arbeiten, einer anerkannten Krankenversicherung angeschlossen sind. Diese Kontrolle findet statt, wenn neue Einwohnerinnen und Einwohner in der Gemeinde eintreffen (Hinterlegung der Schriften, Erhalt einer Arbeitsbewilligung). Im Allgemeinen (Ausnahmen in den Ziffern 3 und 4) hängt die Krankenversicherungspflicht von der Pflicht ab, sich bei der AHV zu versichern.

Wenn der Beitritt in der vorgeschriebenen Frist erfolgt (drei Monate), so wird die Versicherung rückwirkend auf das Datum der Wohnsitznahme oder des Arbeitsbeginns wirksam (Art. 5 Abs. 1 KVG).

Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung fordert die Krankenversicherung einen Prämienzuschlag ein (Art. 5 Abs. 2 KVG).

Die Gemeinde wird aber nicht informiert, wenn die Person die Krankenversicherung kündigt oder ändert. In der Tat müssen die Krankenversicherer ebenfalls eine wichtige Rolle in der Kontinuität der Versicherungspflicht spielen. Sie dürfen eine Kündigung nur akzeptieren, wenn sie den Beweis erhalten haben, dass die Person einem anderen Krankenversicherer beigetreten ist, der im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anerkannt ist. Dieses bestimmt in Art. 7 Abs. 5: *„Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.... Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.“*

Diese Praxis sichert also die Fortführung der Versicherungspflicht der Versicherten und die Gemeinden sind von jeder finanziellen Haftung befreit, falls ein Versicherer diese gesetzliche Bestimmung nicht befolgt.

1.3. ZUWEISUNG ZU EINER KRANKENKASSE VON AMTES WEGEN

Wenn eine versicherungspflichtige Person ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommt, so wird sie von Amtes wegen einem Krankenversicherer zugewiesen.

Wenn eine versicherungspflichtige Person nicht in der vom KVG gesetzten Frist (maximal 3 Monate seit Ankunft in der Schweiz) einer Versicherung beiträgt, so wird sie von der Gemeinde von Amtes wegen einer Versicherung zugewiesen; die Mitgliedschaft der anderen Familienmitglieder und die Höhe der Prämie werden gegebenenfalls berücksichtigt. Die Zuweisung von Amtes wegen wird wieder aufgehoben, wenn sie sich als unbegründet erweist.

1.4. KONTROLLE DURCH DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG KVG

Der Bund hat die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) mit der Kontrolle der Versicherungspflicht und der Entscheidung über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Schweizer Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen betraut, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen.

Artikel 18 Abs. 2sexies KVG gestattet der GE KVG, gegen Entschädigung andere Vollzugsaufgaben wahrzunehmen, die ihr von den Kantonen übertragen werden. Gemäss dieser

Bestimmung haben ihr die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Stadt und Glarus die Aufgaben im Zusammenhang mit der Kontrolle der Versicherungspflicht übertragen. Der Kanton St. Gallen hat mit der GE KVG eine Vereinbarung getroffen, die es den Gemeinden gestattet, sich von Fall zu Fall über Fragen der Versicherungspflicht zu erkundigen.

Die von einer Zusammenarbeit betroffenen Gemeinden können mit der GE KVG in Solothurn Kontakt aufnehmen.

2. VERSICHERUNGSPFLICHTIGE PERSONEN

2.1. IN DER SCHWEIZ WOHNHAFT PERSONEN

Jede in der Schweiz wohnhafte Person muss sich für die Krankenpflege innerhalb von drei Monaten seit der Wohnsitznahme oder dem Antritt einer Stelle in der Schweiz versichern lassen. Auch die Inhaber einer Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B) oder einer Niederlassungsbewilligung (Ausweis C) müssen sich grundsätzlich in der Schweiz versichern lassen.

2.2. VERSICHERUNGSPFLICHT BEI VORÜBERGEHEMDEM AUFENTHALT IM AUSLAND

Personen, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten (z. B. Studentinnen, Studenten, Touristinnen, Touristen) sind weiterhin der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz unterstellt, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz behalten (vgl. Art. 3 KVG). Das gilt auch für Praktikantinnen und Praktikanten, Au-Pair-Angestellte usw., insoweit sich diese Personen nicht z. B. wegen ihrer Erwerbstätigkeit im Ausland versichern lassen müssen (s. Ziff. 4.3).

Damit kann namentlich garantiert werden, dass diese Personen bei ihrer Rückkehr in die Schweiz versichert sind.

2.3. PERSONEN MIT WOHNSITZ IN EINEM EU-/EFTA-STAAT: VERSICHERUNG AM ARBEITSORT

Im Einklang mit der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die anlässlich des Inkrafttretens des FZA im Jahr 2002 eingeführt worden ist, hängt die Versicherungspflicht vom **Arbeitsortprinzip** ab. Demnach untersteht jede Person, die in der Schweiz arbeitet (und ihre nichterwerblichen Familienangehörigen) der Versicherungspflicht in der Schweiz. Es handelt sich namentlich um die Inhaberinnen und Inhaber einer Kurzarbeitsbewilligung (Ausweis L) und um Grenzgängerinnen und Grenzgänger (Ausweis G).

Bezüger einer Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV), der Beruflichen Vorsorge (BV) oder der Unfallversicherung (UV) und deren nichterwerblichen Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, müssen sich in der Schweiz versichern lassen, wenn sie keine Rente von ihrem Wohnsitzstaat erhalten.

2.4. FAMILIENMITGLIEDER OHNE ERWERBSTÄTIGKEIT MIT WOHNSITZ IN EINEM EU-/EFTA-STAAT

Versicherungspflicht in der Schweiz:

Die nichterwerblichen Familienangehörigen (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers in der Schweiz oder einer arbeitslosen Person mit Arbeitslosengeld aus der Schweiz, die in einem der folgenden Länder wohnen: Belgien, Bulgarien, Estland, Griechenland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Norwegen, Malta, Niederlande, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Zypern.

Versicherungspflicht im Wohnland:

Die nichterwerblichen Familienangehörigen (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers in der Schweiz oder einer arbeitslosen Person mit Arbeitslosengeld aus der Schweiz, die in einem der folgenden Länder wohnen: Dänemark, Liechtenstein, Portugal, Schweden, Spanien, Ungarn, Vereinigtes Königreich.

Optionsrecht (s. Ziff. 3 unten) möglich:

Die nichterwerblichen Familienangehörigen (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers in der Schweiz oder einer arbeitslosen Person mit Arbeitslosengeld aus der Schweiz, die in einem der folgenden Länder wohnen: Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Österreich.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat ein zusammenfassendes Dokument betreffend die Versicherungspflicht der Personen erstellt, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und ihrer nichterwerblichen Familienangehörigen: „Übersicht Zuordnung und Wahlrecht“ (Anhang 9)

2.5. INS AUSLAND ENTSANDTE ARBEITNEHMERINNEN

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die durch ein Unternehmen mit Sitz in der Schweiz ins Ausland entsandt (siehe Definition unter Ziff. 4.6) werden – so wie ihre Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit – bleiben der obligatorischen Krankenversicherung während der Dauer der Entsendung unterstellt. Wenn die Person in ein Land entsandt wird, mit dem die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, wird die Dauer der Entsendung darin geregelt (siehe Anhang 6). Wenn kein solches Abkommen besteht, beträgt die Weiterdauer der Versicherungspflicht in der Schweiz zwei Jahre. Die Versicherung wird vom Versicherer auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert.

Im Fall der Entsendung in ein Land, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat oder wenn das Sozialversicherungsabkommen auf die Krankenversicherung nicht anwendbar ist (siehe Anhang 6) können die gemäss ausländischem Recht obligatorisch krankenversicherten Personen verlangen, von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit zu werden, wenn ihre Unterstellung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie über eine gleichwertige Versicherungsdeckung für Behandlungen in der Schweiz verfügen (Art. 2 Abs. 2 KVV, siehe auch Ziffer 4.3 unten).

Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden (Anhang 6)

3. OPTIONSRECHT

Die Schweiz hat mit den Nachbarländern (Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich) besondere Vereinbarungen getroffen, die es den dort wohnhaften Personen gestattet, sich in ihrem Wohnland zu versichern (Optionsrecht).

Ferner wurde mit einigen Ländern ein Optionsrecht vereinbart, das sich auf gewisse Kategorien von Personen beschränkt:

- Spanien: nur für Rentnerinnen und Rentner und ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen
- Portugal: nur für Rentnerinnen und Rentner
- Finnland: nur für nichterwerbstätige Familienangehörige der in der Schweiz versicherten Personen.

Betroffene, die **sich nicht in der Schweiz versichern wollen, müssen bei der Gemeinde ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht innerhalb von drei Monaten** nach Beginn der Erwerbstätigkeit oder Umzug in den EU-Staat einreichen.

Bezüger einer schweizerischen Rente müssen dieses Gesuch an die GE KVG in Solothurn innerhalb von drei Monaten nach Erhalt der ersten Rente oder nach Umzug in den EU-Staat stellen.

Die Ausübung des Optionsrechts gilt ebenfalls für die nichterwerbstätigen Familienangehörigen (ausgenommen sind die Familienangehörigen, die in Deutschland und Finnland wohnen, siehe unten Ziffer 3.3).

Personen, die das Befreiungsformular nicht zurückschicken, müssen einer schweizerischen Krankenkasse zugewiesen werden.

3.1. INHABERINNEN EINES AUSWEISES L-EG MIT WOHNSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH UND ITALIEN

Inhaberinnen und Inhaber von Kurzaufenthaltsbewilligungen (L-EG-Ausweis) aus Ländern, mit denen die Schweiz ein Optionsrecht vereinbart hat (Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich), können für die Krankenversicherung als Grenzgängerinnen und Grenzgänger (G-Ausweis) betrachtet werden und in folgenden Fällen das Optionsrecht erhalten:

- Verheiratete Personen, deren Familie im Heimatland geblieben ist (eine Kopie der Gas- und Elektrizitätsrechnung kann verlangt werden) und die regelmässig (mindestens einmal pro Woche) nach Hause zurückkehrt;
- Ledige Personen, die regelmässig (mindestens einmal pro Woche) zu ihren Eltern gehen, das heisst, der Ort, wo sie ihre Freizeit verbringen, wo sich ihre persönlichen Sachen befinden (ein Auszug der Bankausgaben, die nachweisen, dass sie regelmässig in ihr Land zurückgehen, kann verlangt werden).

Formular, welches die ausländische Staatsbürgerin oder der ausländische Staatsbürger für die Befreiung vom KVG unterschreiben muss (von der Gemeinde aufzubewahren):

- Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der Europäischen Union, Inhaber einer Bewilligung L, wohnhaft in Deutschland, Italien oder Österreich ist folgendes Formular auszufüllen: „Krankenversicherungsdeckung einer erwerbstätigen Person mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-EU), Staatsangehörige eines EU-Staates, die in Deutschland, Italien, Österreich wohnhaft sind“ (Anhang 1)
- Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der Europäischen Union, Inhaberinnen und Inhaber eines Ausweises L mit Wohnsitz in Frankreich folgendes Formular ausfüllen „Choix du système d'assurance maladie applicable“ (Anhang 4)

Personen, die das Befreiungsformular nicht zurückschicken, müssen einer schweizerischen Krankenkasse zugewiesen werden.

3.2. INHABERINNEN EINES G-AUSWEISES MIT WOHSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH UND ITALIEN

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die Staatsbürgerinnen und Staatsbürger eines Mitgliedstaats der Europäischen Union sind und ihren Wohnsitz in Deutschland, Österreich, Italien oder Frankreich haben, können sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen zu Gunsten der Krankenversicherung des Wohnlandes (Optionsrecht).

Formular, welches die ausländische Staatsbürgerin oder der ausländische Staatsbürger für die Befreiung vom KVG unterschreiben muss (von der Gemeinde aufzubewahren):

- Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der Europäischen Union, Inhaberinnen und Inhaber eines Ausweises G, mit Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich ist folgendes Formular auszufüllen: „Krankenversicherungsdeckung der Grenzgänger/innen (Ausweis G), Staatsangehörige der EU und wohnhaft in Deutschland, Italien, Österreich“ (Anhang 2)
- Für die Arbeitnehmerinnen und die Arbeitnehmer aus der Europäischen Union, Inhaberinnen und Inhaber eines Ausweises G mit Wohnsitz in Frankreich ist folgendes Formular auszufüllen „Choix du système d'assurance maladie applicable“ (Anhang 4)

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die das Befreiungsformular nicht zurückschicken, müssen einer schweizerischen Krankenkasse zugewiesen werden.

3.3. NICHTERWERBSTÄTIGE FAMILIENANGEHÖRIGE MIT WOHSITZ IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, FRANKREICH, ITALIEN ODER FINNLAND

Nichterwerbstätige Familienangehörige (Ehegattin, Ehegatte, Kinder) einer in der Schweiz versicherten Arbeitnehmerin oder eines in der Schweiz versicherten Arbeitnehmers, einer Bezügerin oder eines Bezügers einer Schweizer Rente oder einer oder eines Arbeitslosen mit Arbeitslosengeld aus der Schweiz, die in einem der folgenden Länder wohnen: Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Österreich, verfügen ebenfalls über ein Optionsrecht ebenso die Familienangehörigen einer Bezügerin oder eines Bezügers einer Schweizer Rente mit Wohnsitz in Spanien.

Die Ausübung des Optionsrechts gilt auch für die nichterwerbstätigen Familienangehörigen. Dagegen können die nichterwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnsitz in Deutschland wählen, ob sie ihr Optionsrecht ausüben oder nicht, unabhängig von der Wahl der Person mit Ausweis G. Was Finnland betrifft, so muss sich die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer in der Schweiz versichern; nur nichterwerbstätige Familienangehörige verfügen über ein Optionsrecht.

Formular, welches die Person aus dem Ausland für die Befreiung vom KVG der nichterwerbstätigen Familienangehörigen unterschreiben muss (von der Gemeinde aufzubewahren):

- Für nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, Italien, Österreich oder Finnland ist folgendes Formular auszufüllen "Krankenversicherungsdeckung der Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit eines Staatsangehörigen der EU/EFTA, welche im Ausland wohnen (ausser Frankreich)" (Anhang 3)
- Für nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in Frankreich, muss Rubrik 4

des Formulars "Choix du système d'assurance maladie applicable" (Anhang 4) ausgefüllt werden

3.4. BESONDERES VERFAHREN FÜR PERSONEN MIT WOHNSITZ IN FRANKREICH

Für französische Grenzgängerinnen und Grenzgänger gibt es ab 1. Juni 2014 weiterhin die Möglichkeit, zwischen der Mitgliedschaft bei einer schweizerischen Krankenversicherung (KVG) oder bei der französischen „Couverture mutuelle universelle (CMU)“ zu wählen; dagegen ist es nicht mehr möglich, in Frankreich einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Nach einer Übergangsfrist sind die bestehenden Verträge mit privaten Versicherungen spätestens zum 31. Mai 2015 gekündigt worden. Von nun an ist in Frankreich einzig der Beitritt zur CMU möglich.

- Für die französischen Grenzgänger, die das schweizerische System (KVG) vor dem 1. Juni 2014 gewählt haben, ergibt sich keine Änderung.
- Was die französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger angeht, welche die CMU vor dem 1. Juni 2014 gewählt haben, so ist ihre Situation bereinigt worden.
- Was die französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger angeht, die eine Krankenversicherungsdeckung in Frankreich bei einer privaten Versicherung vor dem 1. Juni 2014 gewählt haben, wurden sie nach und nach in das System "régime général de sécurité sociale" (Couverture maladie Universelle, CMU) transferiert.

Ab 2014 können neue Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich nur noch zwischen den 2 folgenden Systemen wählen (Anhang 4):

- Schweizer System der obligatorischen Krankenversicherung = KVG.
- régime général de sécurité sociale = CMU.

Die Aufhebung der Möglichkeit per 1. Juni 2014, in Frankreich eine private Krankenversicherung zu wählen, eröffnet kein neues Optionsrecht zwischen der schweizerischen Krankenversicherung KVG und der französischen CMU. Die ursprünglich ausgeübte Wahl ist unwiderrufbar. Folglich kann eine Grenzgängerin oder ein Grenzgänger, die oder der eine private Versicherung in Frankreich gewählt hat, nicht der Versicherung nach KVG beitreten (ausgenommen, wenn sie ihr oder er sein Optionsrecht nicht formell ausgeübt hat, siehe das neue Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2015, unten Ziffer 3.5.2).

Formular, welches die ausländische Staatsbürgerin oder der ausländische Staatsbürger für die Befreiung vom KVG unterschreiben muss (von der Gemeinde aufzubewahren):

- **Für die Arbeitnehmerinnen und die Arbeitnehmer aus der Europäischen Union, Inhaberinnen und Inhaber eines Ausweises G mit Wohnsitz in Frankreich ist folgendes Formular auszufüllen „Choix du système d'assurance maladie applicable“ (Anhang 4)**

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die das Formular "Choix du système d'assurance maladie applicable" nicht zurückschicken, müssen einer schweizerischen Krankenkasse zugewiesen werden.

3.5. MODALITÄTEN IN BEZUG AUF DAS OPTIONSRECHT

Personen, die über ein Optionsrecht verfügen und es geltend machen wollen, müssen ein Befreiungsgesuch bei der Gemeinde stellen; sie liefert die entsprechenden Formulare. Nichterwerbstätige Familienangehörige, die ein Optionsrecht geltend machen, müssen dies alle zusammen tun (ausgenommen für Deutschland, siehe oben Ziffer 3.3). Das Optionsrecht kann nur einmal ausgeübt werden. Es ist endgültig und unwiderrufbar.

Es gibt keine Möglichkeit, in folgenden Fällen auf das Optionsrecht zurückzukommen:

- Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse,
- Änderung der Höhe der Krankenversicherungsprämien,
- Wechsel des Arbeitgebers,
- Wechsel des Kantons, wo die Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Personen mit Wohnsitz in Deutschland, in Österreich und in Italien, die ihr Optionsrecht nicht ausgeübt haben (und daher in der Schweiz versichert sind), verfügen über ein neues Optionsrecht bei Änderung ihrer persönlichen Verhältnisse (Heirat, Geburt eines Kindes, Scheidung, Verwitmung). Das neue Optionsrecht kann in den drei Monaten nach dem Eintritt des Ereignisses ausgeübt werden. Dagegen gibt es bei Änderung der persönlichen Verhältnisse kein neues Optionsrecht mit Frankreich.

3.5.1 BESONDERE MODALITÄTEN DES OPTIONSRECHTS GEGENÜBER FRANKREICH

Personen mit Wohnsitz in Frankreich können nur bei folgenden Ereignissen das Optionsrecht ausüben:

- Aufnahme der ersten Erwerbstätigkeit in der Schweiz,
- Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit im Ausland
- Übergang vom Status des Arbeitnehmers zum Status der oder des Pensionierten,
- Wohnsitzwechsel

3.5.2 NEUE RECHTSPRECHUNG DES BUNDESGERICHTS BETREFFEND DAS OPTIONSRECHT

In einem neuen Urteil vom 10. März 2015 hat sich das Bundesgericht mit der Ausübung des Optionsrechts im Bereich der Krankenversicherung auseinandergesetzt. Gemäss diesem Urteil ist die stillschweigende Ausübung des Optionsrechts in rechtlicher Hinsicht ohne Bedeutung. So können sich Personen, die in der Schweiz der obligatorischen Versicherung unterstehen und, statt sich in der Schweiz zu versichern, eine gleichwertige Versicherung im Wohnstaat abgeschlossen haben, ohne ein formelles Befreiungsgesuch gestellt zu haben, in der Schweiz versichern lassen.

Die Gemeinde muss im Rahmen der Umsetzung der Versicherungspflicht bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die sich in der Schweiz versichern möchten, abklären, ob sie rechtsgültig optiert haben. Falls dies nicht zutrifft, können sich diese Personen in der Schweiz versichern, (sind aber nicht dazu verpflichtet).

4. ANDERE BEFREIUNGSGRÜNDE

4.1. BEZÜGER EINER RENTE DER EU-/EFTA MIT WOHNSTZ IN DER SCHWEIZ (ART. 2 ABS. 1 BST. e KVV)

Bezüger einer Rente (z. B. Altersrente oder Invalidenrente) aus der EU/EFTA die sich in der Schweiz niedergelassen haben, müssen die Krankenversicherung ihres Herkunftslands behalten, wenn ihr Einkommen einzig aus einer ausländischen Rente besteht. Diese Personen müssen sich bei der GE KVG melden, die ihnen eine Versichertenkarte für Behandlungen in der Schweiz ausstellt (siehe unten Ziffer 6.1).

Folgende Dokumente sind zu senden an die Gemeinsame Einrichtung KVG, Gibelinstrasse 25, 4503 Solothurn

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Formular E 121 oder S1, ausgestellt von der Krankenversicherung des Herkunftslandes**

Rentner aus der EU/EFTA, die eine, selbst minimale, Schweizer Rente beziehen, müssen sich grundsätzlich in der Schweiz versichern, ebenso wie ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.

Indessen sind gewisse Befreiungen möglich gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV (siehe die Bedingungen unten, Ziffer 4.2). Wenn im Fall einer solchen Befreiung die nichterwerbstätige Ehegattin oder der nicht erwerbstätige Ehegatte das Pensionsalter noch nicht erreicht hat, so kann sie oder er nur befreit werden, wenn sie oder er dieselben Bedingungen zur Befreiung erfüllt (z. B. wenn sie oder er wegen ihres oder seines Gesundheitszustands und/oder ihres oder seines Alters - grundsätzlich mehr als 55 Jahre - in der Schweiz keine Zusatzversicherung abschliessen könnte, welche die selben Leistungen abdeckt).

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **"Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung" (Anhang 5)**

4.2. KLARE VERSCHLECHTERUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES (ART. 2 ABS. 8 KVV).

Die Personen, die über eine ausländische Privatversicherung verfügen, die höhere Leistungen deckt als jene der Schweizer Grundversicherung und die in der Schweiz wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustands keine Zusatzversicherung abschliessen könnten, welche dieselben Leistungen abdeckt oder dies nur unter schwer akzeptablen Bedingungen tun könnten, können von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden.

Der Umstand, dass die schweizerischen Krankenversicherer die Kosten der Zahnpflege nicht übernehmen, stellt keinen genügenden Grund für eine Befreiung dar. Es handelt sich dabei einfach um einen Unterschied auf der Ebene der Systeme. Dem Antrag muss das „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5), das von der ausländischen Privatversicherung unterzeichnet wurde, beigelegt werden. Ohne besondere Gründe kann der Betroffene nicht auf die Ausnahme oder den Verzicht auf die Ausnahme zurückkommen.

Die Versicherungsdeckung muss nicht nur gleichwertig zum KVG sein, sondern auch Leistungen umfassen, die weit über jene nach KVG hinausgehen. Das Kriterium des Alters ist erfüllt, wenn es höher als 55 Jahre ist. Für den Gesundheitszustand sind die Diagnose und die sich daraus ergebenden künftigen Pflegeleistungen massgebend. Aufgrund dieser Daten lässt sich bestimmen, ob der Abschluss einer Zusatzversicherung in der Schweiz möglich ist oder nicht.

Befreiungen aufgrund dieses Artikels sind sehr restriktiv zu behandeln.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5)**
- **Arztzeugnis, worin die künftigen Pflegeleistungen bescheinigt werden oder Verweigerung des Abschlusses einer Zusatzversicherung durch einen Schweizer Versicherer (wenn das Alter unter 55 Jahren liegt).**

4.3. DOPPELBELASTUNG (ART. 2 ABS. 2 KVV).

Auf Gesuch hin werden Personen, welche nach dem Recht eines Staates obligatorisch krankenversichert sind, von der Versicherungspflicht ausgenommen, wenn die Versicherungspflicht eine Doppelbelastung bedeuten würde (wenn sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen).

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5).**
- **Bescheinigung über die Unterstellung unter die obligatorische ausländische Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle**

4.4. AUS- UND WEITERBILDUNG: STUDENTINNEN, SCHÜLERINNEN , PRAKTIKANTINNEN (ART. 2 ABS. 4 KVV)

Personen, die sich im Rahmen einer Ausbildung oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten wie Studentinnen und Studenten, Schülerinnen und Schüler, Praktikantinnen und Praktikanten, sind von der Versicherungspflicht befreit, wenn sie über eine äquivalente Versicherungsdeckung verfügen. Es gilt zu unterscheiden zwischen Personen aus der EU/EFTA, die eine Europäische Krankenversicherungskarte besitzen, und den anderen, die eine private Versicherung abgeschlossen haben.

4.4.1 INHABERINNEN EINER EUROPÄISCHEN KRANKENVERSICHERUNGSKARTE (EKVK)

Studentinnen und Studenten, Schülerinnen und Schüler, Praktikantinnen und Praktikanten aus einem EU-/EFTA-Staat, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, müssen sich nicht in der Schweiz versichern, wenn sie weiterhin im Sozialversicherungssystem ihres Wohnlandes versichert sind und über eine EKVK verfügen. Gemäss dem FZA können sie sich in der Schweiz gegen Vorlage der EKVK behandeln lassen (siehe unten Ziffer 6.2 und Anhang 8). Es muss daher nicht geprüft werden, ob sie über eine äquivalente Versicherungsdeckung für Behandlungen in der Schweiz verfügen.

Dokumente, welche die oder der Betroffene vorlegen muss, um zu beweisen, dass sie oder er sich in der Schweiz nicht versichern lassen muss (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Dokument, worin die Ausbildung oder berufliche Weiterbildung bescheinigt wird.**
- **Europäische Krankenversicherungskarte**

Falls Studentinnen und Studenten, Schülerinnen und Schüler, Praktikantinnen und Praktikanten eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben, müssen sie sich in der Schweiz versichern lassen (Grundsatz der Versicherung am Arbeitsort).

4.4.2 PRIVAT VERSICHERTE PERSONEN

Studentinnen und Studenten, Schülerinnen und Schüler, Praktikantinnen und Praktikanten (ohne EKVK), die sich im Rahmen einer Ausbildung oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten, können auf Gesuch von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie über eine ausländische private Versicherung verfügen, deren Deckung zu jener nach KVG gleichwertig ist.

Eine Befreiung kann für drei Jahre erteilt werden. Sie kann auf Verlangen maximal um drei Jahre verlängert werden. Die Person unterliegt anschliessend automatisch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Dokument, worin die Ausbildung oder berufliche Weiterbildung bescheinigt wird.**
- **Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5).**

4.4.3 KOLLEKTIVVERTRÄGE

Gewisse Walliser Schulen haben mit privaten Versicherungsgesellschaften „Kollektivverträge“ abgeschlossen, die den ausländischen Studenten dieselben Leistungen anbieten wie jene nach KVG.

Der Kanton kann gewisse dieser Versicherungsprodukte anerkennen, wenn folgende Garantien gegeben sind:

- KVG-gleichwertige Leistungen,
- Vertrag im Voraus zwischen Privatversicherer und Schule unterzeichnet,
- alle ausländischen Studentinnen und Studenten der Schule können dem Versicherungsprodukt beitreten, ohne Gesundheitsprüfung oder Vorbehalte, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand,
- die Versicherungsdeckung beginnt bei Ankunft der Studentin oder des Studenten in der Schweiz,
- für den Fall der Kündigung des Versicherungsvertrags muss die Wohngemeinde der Studentin oder des Studenten (oder die Gemeinde der Schule, falls die Wohngemeinde der Studentin oder des Studenten nicht bekannt ist) informiert werden.

Namentlich, um eine Selektion der Risiken zu vermeiden, gestattet es der Kanton Wallis den Versicherungsgesellschaften nicht, den ausländischen Studentinnen und Studenten einen Einzelvertrag dieser Art anzubieten. Schliesslich darf diese Art von Versicherungsprodukt keinesfalls Studentinnen und Studenten angeboten werden, die zuvor ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten und KVG versichert waren.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Aufenthaltsbewilligung**
- **Bestätigung der Schule, dass die Person dem Kollektivvertrag angeschlossen ist.**

4.5. AU-PAIR-ANGESTELLTE

Personen, die als Au-Pair-Angestellte in die Schweiz kommen, können als Studentinnen bzw. Studenten betrachtet werden. In der Tat haben sie oft einen Monatslohn von ca. 600 Franken und

besuchen eine Schule. Sie können auf Gesuch von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie über eine private Versicherung verfügen, deren Deckung dem KVG äquivalent ist.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- Kopie der Aufenthaltsbewilligung
- Kopie des Vertrags über Tätigkeit als Au-Pair-Angestellte
- Versicherungsbescheinigung des Herkunftslandes oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5)

4.6. ENTSANDTE ARBEITNEHMERINNEN (ART. 2 ABS. 5 KVV).

Entsendung bedeutet, dass ein Arbeitnehmer für Rechnung seines Arbeitgebers vorübergehend in einem anderen Land einen Auftrag erledigt. Eine Entsendung liegt auch vor, wenn ein Selbstständigerwerbender sich vorübergehend in einen anderen Staat begibt und dort eine ähnliche Tätigkeit wie vor der Entsendung ausübt. Während dieser Zeit bleibt weiterhin die Sozialversicherungsgesetzgebung des Ursprungslandes auf ihn anwendbar, und zwar in allen Zweigen der Sozialen Sicherheit.

Staatsbürgerinnen und Staatsbürger der Schweiz oder eines Mitgliedstaates der EU, die für einen Zeitraum bis zu 24 Monaten durch ein Unternehmen mit Sitz in der EU entsandt werden, **bleiben der Gesetzgebung des Entsendestaats unterstellt**. Gegen Vorlage der entsprechenden Bescheinigung (Bescheinigung A1, ausgestellt von der zuständigen Versicherungseinrichtung des Entsendestaats) sind sie von der Unterstellung unter die schweizerischen Sozialversicherungen einschliesslich der Krankenversicherung befreit.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die aus einem Vertragsstaat in die Schweiz entsandt werden (kein Mitglied der EU/EFTA, siehe Anhang 6) bleiben auch während der gesamten Dauer der Entsendung der **Gesetzgebung des Staates unterstellt, wo die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber ihren oder seinen Sitz hat**. Es reicht, wenn sie eine **Kopie der Entsendebescheinigung** oder der Bescheinigung über eine besondere Vereinbarung vorlegen, um von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreit zu werden.

Wenn der Staatsvertrag nicht die Krankenversicherung betrifft, so kann eine in die Schweiz entsandte Arbeitnehmerin oder ein in die Schweiz entsandter Arbeitnehmer von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden, wenn sich ihre oder seine Arbeitgeberin oder ihr oder sein Arbeitgeber dazu verpflichtet, dass während der gesamten Gültigkeitsdauer der Befreiung mindestens die durch das KVG vorgesehenen Leistungen in der Schweiz versichert sind (Art. 2 Abs. 5 KVV).

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die aus einem Staat entsandt wurden, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen hat (Nichtvertragsstaat) müssen sich grundsätzlich in der Schweiz versichern lassen. Sobald eine solche Person Beiträge an die Sozialversicherungen wie AHV/IV usw. in der Schweiz entrichtet, gilt sie nicht als entsandte Person. Die gegen Krankheit nach dem Recht eines ausländischen Staats obligatorisch versicherten Personen können die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz verlangen, wenn ihre Unterstellung für sie eine Doppelbelastung darstellen würde und falls sie über eine gleichwertige Versicherungsdeckung für die Behandlungen in der Schweiz verfügen (Art. 2 Abs. 2 KVV, siehe auch Ziffer 4.3 oben).

Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Anhang 6)

Erforderliche Dokumente für die Befreiung (durch die Gemeinde aufzubewahren), für die oben beschriebenen Situationen:

- Kopie der Aufenthaltsbewilligung und
- Bescheinigung A1 (Bestimmung des anwendbaren Rechts = altes Formular E101) bzw. S1 (=altes Formular E106)
- oder Kopie der Entsendebescheinigung
- oder Garantieerklärung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers
- oder Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5).

4.7. NICHTERWERBSTÄTIGE STAATSBÜRGERINNEN DER EU/EFTA (ART. 2 ABS. 7 KVV)

Staatsbürgerinnen und Staatsbürger der EU/EFTA, die in der Schweiz keine Erwerbstätigkeit ausüben (z. B. Personen, die der Pauschalbesteuerung unterliegen) können von der Versicherungspflicht in der Schweiz gemäss Art. 2 Abs. 7 KVV befreit werden, wenn sie während der gesamten Gültigkeitsdauer der Befreiung über eine gleichwertige Versicherungsdeckung für Behandlungen in der Schweiz verfügen. Die Ehegattin oder der Ehegatte kann ebenfalls befreit werden, wenn sie oder er keine Erwerbstätigkeit ausübt.

Obschon die Kinder in Artikel 2 Abs. 7 KVV nicht erwähnt werden, können sie ebenfalls befreit werden, wenn sie keine Erwerbstätigkeit ausüben (Anhang I des FZA, Titel V Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben, Art. 24 Aufenthaltsregelung).

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- Kopie der Aufenthaltsbewilligung
- Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die zuständige ausländische Stelle betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5).

4.8. BERUFSTÄTIGKEIT IN ZWEI STAATEN (EU)

Eine Person, die gleichzeitig eine unselbständige und eine selbständige Tätigkeit in zwei Staaten der EU ausübt, muss sich in dem Staat versichern lassen, wo sie ihre unselbständige Tätigkeit ausübt. Eine Person, die gewöhnlich eine unselbständige Tätigkeit in mehreren Staaten ausübt, kann je nach den Umständen entweder dem Recht des Staats am Sitz des Arbeitgebers oder am Wohnsitz unterstehen (vgl. Art. 13 Abs. 1 Bst. b der Verordnung (EG) 883/04).

Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer, die oder der die Bescheinigung A1 vorlegt (Beweis, dass sie oder er der Sozialversicherung in einem EU-Staat unterstellt ist), untersteht nicht der obligatorischen Krankenversicherung.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- Kopie der Aufenthaltsbewilligung
- Bescheinigung A1 (Bestimmung des anwendbaren Rechts)

4.9. ARBEITNEHMERINNEN MIT EINER BESCHÄFTIGUNGSDAUER VON WENIGER ALS 90 TAGEN (3 MONATE)

Die Personen, die während weniger als drei Monaten in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, müssen in der Schweiz einer Krankenversicherung beitreten, wenn sie über keine gleichwertige private Versicherung für Behandlungen in der Schweiz verfügen.

Aber, da die Frist zu ihrer Identifizierung relativ kurz ist und diese Personen oft keine Aufenthaltsbewilligung haben, sind die Gemeinden nicht dazu verpflichtet, ausführliche individuelle Kontrollen durchzuführen. Wenn sie aber erfahren, dass jemand seiner Versicherungspflicht nicht nachkommt, so müssen sie sie oder ihn von Amtes wegen versichern lassen.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- Bescheinigung über die aktuelle Versicherung, ausgestellt durch die ausländische Privatversicherung betreffend Versicherungsdeckung bei Behandlungen in der Schweiz oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5).

4.10. PERSONEN MIT VORRECHTEN NACH INTERNATIONALEM RECHT (ART. 6 KVV)

Die mit Vorrechten und Immunitäten begünstigten Personen (z. B. wegen ihrer Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen Organisation, einer internationalen Institution, einem Sekretariat oder einem anderen durch einen völkerrechtlichen Vertrag eingesetzten Organ, einer unabhängigen Kommission, einem internationalen Gerichtshof, einem Schiedsgericht oder einem anderen internationalen Organ) müssen sich nicht versichern lassen. Auf Wunsch können sie sich innerhalb einer Frist von sechs Monaten ab Amtsantritt der schweizerischen Versicherung unterstellen lassen.

Die mit Vorrechten und Immunitäten begünstigten Personen, die ihre Tätigkeit eingestellt haben, sind auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen, wenn sie für Behandlungen in der Schweiz bei der Krankenversicherung ihrer früheren Organisation über einen entsprechenden Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch muss eine schriftliche Bescheinigung der zuständigen Stelle ihrer früheren Organisation mit allen notwendigen Auskünften beiliegen.

Für die Befreiung erforderliche Dokumente (durch die Gemeinde aufzubewahren):

- **Kopie der Legitimationskarte des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten und aktuelle Versicherungsbescheinigung, ausgestellt von der internationalen Versicherung oder "Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung" (Anhang 5)**
- **oder schriftliche Bescheinigung ihrer früheren Organisation, worin bestätigt wird, dass die Person in der Tat einer zwischenstaatlichen Organisation angehört hat, mit aktueller Versicherungsbescheinigung, ausgestellt von der internationalen Versicherung oder „Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung“ (Anhang 5)**

5. GLEICHWERTIGE VERSICHERUNGSDECKUNG

In der Schweiz werden die von der Grundversicherung übernommenen Leistungen im KVG klar definiert und alle Versicherten haben ein Anrecht darauf. Wenn Personen, die ausnahmsweise befreit wurden, bei einer (inländischen oder ausländischen) privaten Versicherung versichert sind, so muss diese mindestens die KVG-Leistungen erbringen. Dies stellt eine Sicherheit für die Patientinnen und Patienten, für die Dienstleistungsunternehmen und nicht zuletzt für die schweizerischen Sozialämter dar.

Die private Versicherung muss mindestens die Kosten im Sinne des KVG (einschliesslich Mutterschaftsleistungen, Pflegeleistungen in der Schweiz und Leistungen im Ausland usw.) abdecken. Grundsätzlich bedeutet der Ausschluss einer Leistung gemäss KVG-Katalog, dass die private Versicherung nicht gleichwertig ist (ausser, wenn es sich um minime Differenzen für Leistungen von geringem Wert handelt, z. B. die Kosten einer Kur).

Die folgenden Dokumente können als Beweis für das Bestehen einer gleichwertigen Versicherungsdeckung anerkannt werden.

- "Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung" erstellt durch die Westschweizer Kantone (Anhang 5)
- Bescheinigung S 1 (= altes Formular E 106, E 109, E 120 oder E 121) oder EKVK bzw. vorläufige Ersatzbescheinigung: diese rechtlichen Bescheinigungen werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen der Mitgliedsstaaten der EU ausgestellt. Die alten Formulare E bleiben im Verhältnis zu den EFTA-Staaten in Kraft.
- Bescheinigung der privaten Versicherungsgesellschaft mit der Bestätigung, dass die Kosten im Sinne des KVG und der entsprechenden Verordnungen vollständig übernommen werden.

6. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IN DER SCHWEIZ

Das FZA sieht den Grundsatz der Behandlung im Wohnland vor, und zwar unabhängig davon, in welchem Land die Person versichert ist. Indessen können Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedsstaat der EU/EFTA und die nach KVG in der Schweiz versichert sind (z. B. Grenzgängerinnen und Grenzgänger), den Behandlungsort frei wählen und sich in der Schweiz und im Wohnland behandeln lassen.

6.1. PERSONEN, DIE IN DER SCHWEIZ WOHNEN UND IN EINEM EU-/EFTA-STAAT VERSICHERT SIND

Gewisse Personen bleiben der Pflicht unterstellt, sich im Land ihrer Herkunft zu versichern oder können sich von der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz befreien lassen, selbst wenn hier wohnen (s. Ziffer 4 oben). Die Personen, die Mitglieder des gesetzlichen Systems der Krankenversicherung in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA sind, haben Anspruch auf medizinische Behandlungen in der Schweiz für den Fall einer Krankheit, eines Nichtbetriebsunfalls oder der Mutterschaft, wie wenn sie hier versichert wären.

Der oder die Betroffene muss der GE KVG in Solothurn eine gültige Anspruchsbescheinigung übermitteln, die von seinem oder ihrem Krankenversicherer ausgestellt wurde (Bescheinigung S1 oder altes Formular E 106, E 109, E 120 und E 121; siehe Ziffer 10 unten). Die GE KVG überprüft das Recht auf Leistungen für die ganze Schweiz. Sie nimmt die Eintragung der Person vor, die ihren Wohnsitz in die Schweiz verlegt und weiterhin in einem EU-/EFTA-Staat versicherungspflichtig ist. Die eingetragene Person hat Anspruch auf Leistungsaushilfe und erhält eine Versichertenkarte. Damit kann sie ihr Recht bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in der Schweiz (Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten usw.) geltend machen.

Die versicherten Personen aus der EU/EFTA mit Wohnsitz in der Schweiz beteiligen sich im selben Ausmass an den Kosten der Leistungen wie die in der Schweiz versicherten Personen.

- Die Franchise beläuft sich auf CHF 300 pro Kalenderjahr. Keine Franchise wird erhoben, wenn es sich um Kinder handelt.
- Der jährliche maximale Betrag des Selbstbehalts beläuft sich auf CHF 700 für die Erwachsenen und CHF 350 für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beläuft sich auf CHF 15 (mit Ausnahme der Kinder und der jungen Erwachsenen in Ausbildung bis zum vollendeten 25. Altersjahr).
- Keine Kostenbeteiligung wird für Leistungen in Bezug auf die Mutterschaft erhoben.

Die GE KVG übernimmt die medizinischen Leistungen und die sich daraus ergebende Fakturierung zu Händen des zuständigen Krankenversicherers im Ausland. Wenn der Rechnungsbetrag direkt durch die GE KVG dem Leistungserbringer überwiesen wird (Tiers payant), so wird die Kostenbeteiligung anschliessend direkt der versicherten Person in Rechnung gestellt. Im System des Tiers garant wird sie direkt vom Betrag abgezogen, welcher der versicherten Person zurückzuerstatten ist.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat das nachstehende Dokument betreffend die in der EU/EFTA versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz erarbeitet:

- **Informationen für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind (Anhang 7)**

6.2. PERSONEN, DIE SICH VORÜBERGEHEND IN DER SCHWEIZ AUFHALTEN UND IN EINEM EU-/EFTA-STAAT VERSICHERT SIND

Für den Fall eines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz (Ferien, Geschäftsreise, Studien usw. ...) können sich die Staatsbürgerinnen und Staatsbürger aus der EU/EFTA in der Schweiz behandeln lassen, wenn sie ihre EKVK vorlegen. Sie haben Anspruch auf die notwendige medizinische Pflege während der vorgesehenen Dauer ihres Aufenthalts. Die Übernahme der Kosten durch die ausländische Krankenversicherung erfolgt im Rahmen der internationalen Leistungsaus-hilfe durch die GE KVG. Die Kostenbeteiligung besteht aus einer Pauschale für die Franchise und den Selbstbehalt innerhalb eines Zeitraums von 30 Tagen (CHF 92 für Erwachsene und CHF 33 für Kinder). Bei einem Aufenthalt im Spital müssen die Patientinnen und die Patienten einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts entrichten, genauso wie die versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat das nachstehende Dokument betreffend die in der EU/EFTA versicherten Personen mit Aufenthalt in der Schweiz erarbeitet:

- **Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind (Anhang 8)**

7. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IN EINEM EU-/EFTA-STAAT

Gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte, die sich auf der Rückseite der Versicherungskarte befindet, die vom schweizerischen Krankenversicherer ausgestellt wird (Grundversicherung) haben die Versicherten Anspruch auf medizinische Leistungen bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft, die in unvorhergesehener Weise während ihres vorübergehenden Aufenthalts in einem EU-/EFTA-Staat eingetreten sind. Sie haben Anspruch auf Sachleistungen, die sich als medizinisch notwendig für die voraussichtliche Dauer ihres Aufenthalts erweisen. Der Anspruch auf medizinische Leistungen und die Kostenbeteiligung werden durch das System der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes geregelt, wo die Behandlung vorgenommen wird (unter denselben Bedingungen wie für die versicherten Personen des betroffenen Landes). Da die Kostenbeteiligung in gewissen Ländern höher ist als in der Schweiz, so wird empfohlen, eine zusätzliche private Versicherung für die Deckung der Kostenbeteiligung abzuschliessen.

Zusätzliche Informationen über den Anspruch auf medizinische Leistungen in den verschiedenen EU-/EFTA-Staaten finden Sie auf der Website der GE KVG <http://www.kvg.org> > Privatpersonen > Aufenthalt in der EU/EFTA.

8. ANSPRUCH AUF BEHANDLUNGEN IM AUSLAND (AUSSERHALB EU/EFTA)

Bei einer Notfallbehandlung im Ausland (Krankheit oder Unfall, die aus medizinischen Gründen eine Rückkehr in die Schweiz nicht gestatten) werden die Kosten übernommen bis zum doppelten Betrag, der in der Schweiz für die gleiche Behandlung vergütet würde. Andere medizinische Leistungen im Ausland sind grundsätzlich nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt.

Da die medizinischen Kosten in gewissen Ländern (z. B. den USA) sehr hoch sind, so wird empfohlen, eine zusätzliche private Versicherung abzuschliessen, um die medizinischen Behandlungen im Ausland zu decken.

9. LISTE DER ANHÄNGE:

- Anhang 1: Krankenversicherungsdeckung einer erwerbstätigen Person mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-EU), Staatsangehörige eines EU-Staates, die in Deutschland, Italien, Österreich wohnhaft sind
- Anhang 2: Krankenversicherungsdeckung der Grenzgänger/innen (Ausweis G), Staatsangehörige der EU und wohnhaft in Deutschland, Italien, Österreich
- Anhang 3: Krankenversicherungsdeckung der Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit eines Staatsangehörigen der EU/EFTA, welche im Ausland wohnen (ausser Frankreich)
- Anhang 4: Choix du système d'assurance-maladie applicable (Formular für Personen mit Wohnsitz in Frankreich)
- Anhang 5: Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung
- Anhang 6: Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden
- Anhang 7: Informationen für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind
- Anhang 8: Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind
- Anhang 9: Übersicht Zuordnung und Wahlrecht

10. ABKÜRZUNGEN

- CMU Couverture mutuelle universelle (régime général de l'assurance-maladie en France)
- EKVK Europäische Krankenversicherungskarte
- EFTA European Free Trade Association / Europäische Freihandelsassoziation (Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz)
- FZA Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (in Kraft getreten am 1. Juni 2002)
- GE KVG Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn
- KVG Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
- KVV Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
- EU Europäische Union: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, (Kroatien noch nicht gültig), Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Spanien, Ungarn, Zypern

11. FORMULARE E - BESCHEINIGUNGEN A1 UND S1

- Formular E 101 Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften
- Formular E 106 Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Formular E 109 Bescheinigung zur Eintragung der Familienangehörigen des/r Arbeitnehmers/in oder Selbständigen und für die Führung der Verzeichnisse
- Formular E 120 Bescheinigung über den Anspruch des/r Rentenantragstellers/in und seiner/ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen
- Formular E 121 Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten oder ihrer Familienangehörigen und die Führung der Verzeichnisse
- Bescheinigung A 1 = altes Formular E 101
- Bescheinigung S1 = alte Formulare E 106, E 109, E 120 und E 121

ANHANG 1

Krankenversicherungsdeckung einer erwerbstätigen Person mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-EU), Staatsangehörige eines EU-Staates, die in Deutschland, Italien, Österreich wohnhaft sind

Krankenversicherungsdeckung einer erwerbstätigen Person mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-EU), Staatsangehörige eines EU-Staates, die in Deutschland, Italien*, Österreich wohnhaft sind

1. Persönliche Angaben über die Person:

Name
 Vorname(n) AHV-Nr.
 Geburtsdatum Nationalität Geschlecht M W
 Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 Adresse
 Arbeitgeber
 Adresse des Arbeitgebers

2. Familienmitglieder ohne Erwerbstätigkeit

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

3. Nachweis des Krankenversicherungsschutzes

Als Staatsangehöriger eines EU-Staates mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (L-EU) wohnhaft in Deutschland, Italien* oder Österreich wähle ich:

Versicherung in der Schweiz

Ich weise hiermit nach, dass ich in der Schweiz versichert bin und lege eine **Kopie des Versicherungsausweises** bei.

Versicherung im Wohnsitzland, Wahlrecht

Ich weise hiermit nach, dass ich meinen **Wohnsitz im Ausland beibehalten habe und regelmässig dahin zurückkehre.**

Ich weise hiermit nach, dass ich in meinem Wohnsitzland versichert bin (Europäische Krankenversicherungskarte). Anderenfalls (ohne Europäische Krankenversicherungskarte) 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 L-EU.

4. Datum und Unterschrift

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.

ANHANG 2

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

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.

ANHANG 3

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

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

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.**

Versicherung im Wohnstaat

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.

ANHANG 4

**Choix du système d'assurance-maladie applicable (Formular für
Personen mit Wohnsitz in Frankreich)**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Choix du système d'assurance-maladie

Version juin 2019

Formulaire de choix du système d'assurance-maladie à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale.

Lire attentivement la procédure, en page 3.

Motif de l'exercice du choix du système d'assurance-maladie :

- j'exerce ce choix pour la première fois (prise d'activité en Suisse, prise de domicile en France ou octroi d'une rente du régime suisse de sécurité sociale)
- j'exerce ce choix du système d'assurance-maladie à nouveau, car
- je reprends une activité en Suisse
 - je reprends domicile en France
 - je passe du statut de travailleur à celui de pensionné

1. Données personnelles

Nom(s) : Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) __/__/____

Prénom(s) : Nationalité :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Numéro AVS : 756 . _____ Numéro de sécurité sociale française : _ _ _ _ _

2. À compléter par le/la travailleur/euse frontalier/lère

- Activité professionnelle en Suisse
- Nom de l'employeur :
- Adresse de l'employeur :
- Date de la prise d'activité : (JJ/MM/AAAA) __/__/____ Lieu de travail :
- Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) __/__/____
- Activité professionnelle en France
- Activité professionnelle dans un autre Etat membre de l'Union européenne

3. À compléter par la personne bénéficiaire exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

Type : Assurance-vieillesse et survivants AVS Assurance-invalidité AI

Assurance-accidents AA Prévoyance professionnelle PP

Assurance militaire AM

Date d'octroi : (JJ/MM/AAAA) __/__/____ Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) __/__/____

4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative					
Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Choix du système d'assurance-maladie (cocher la case)

Affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal)

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse et une copie du formulaire S1 (E106 ou E121) émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.

OU

Affiliation au régime français de l'assurance maladie

Je choisis de m'assurer au régime français de l'assurance maladie et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option) et je joins les documents nécessaires selon ma situation (voir en page 4).

Mon espace personnel sur ameli.fr n'est pas encore ouvert et j'en demande l'ouverture

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice (voir en page 4).

Par ma signature, j'atteste sur l'honneur que toutes les informations portées sur ce formulaire sont exactes et je donne mon accord à la communication de l'exemption à l'institution commune LAMal, qui transmettra cette information aux services français compétents.

La loi française rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages inclus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Lieu, date : Signature :

6. Cette partie doit OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS être complétée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence avant d'être retournée à l'autorité compétente suisse

Adresse de la CPAM :

Date de réception de la demande du choix de l'assuré(e) : (JJ/MM/AAAA) __/__/____

Cachet et signature de la CPAM :

7. Exemption de l'obligation d'assurance en Suisse

À remplir, le cas échéant, par l'autorité compétente suisse pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire.

La/les personnes/s mentionnée/s ci-dessus sont exemptée/s de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie :

Lieu, date :

Cachet et signature de l'autorité compétente suisse :

A votre demande, l'autorité compétente suisse peut vous fournir une attestation de l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Les personnes dont la demande d'exemption n'est pas acceptée sont contactées par l'autorité compétente suisse, qui procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.

Personnes concernées

Ce formulaire est destiné aux ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale. Les membres de famille non actifs résidant en France d'un travailleur en Suisse ou d'un bénéficiaire de rente suisse, qui réside en Suisse et y est assuré, dépendent en principe de l'assurance-maladie suisse mais disposent d'un droit d'option.

Procédure

Le présent formulaire doit être déposé auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale (date de prise d'activité en Suisse ou d'octroi d'une rente suisse) ou de la domiciliation en France, sans quoi l'autorité compétente suisse procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.

Ce formulaire vaut également pour les membres de la famille qui n'exercent pas d'activité lucrative ou ne sont pas titulaires d'une rente suisse. Les membres de la famille qui travaillent en Suisse ou sont titulaires exclusivement d'une rente suisse doivent remplir un formulaire en propre.

Le choix du système d'assurance-maladie applicable est irrévocable et ne peut être modifié ultérieurement, sous réserve d'un nouveau fait générateur de son exercice. Les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse (p. ex. après une période de chômage), à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de retraité. Lors du passage du statut de travailleur frontalier à celui de bénéficiaire d'une rente suisse exclusivement, l'option pour l'assurance-maladie française doit le cas échéant à nouveau être exercée au moyen du présent formulaire.

Pour le travailleur frontalier ou la travailleuse frontalière :

1. Compléter les parties 1, 2 et 4
2. Cocher votre choix du système d'assurance-maladie (français ou suisse) dans la partie 5
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 6 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Vous devez ensuite transmettre le formulaire dans le délai de 3 mois à **l'organe cantonal compétent de votre canton de travail**

Pour la personne bénéficiaire d'une rente exclusivement du régime suisse de sécurité sociale :

1. Compléter les parties 1, 3 et 4. Joindre une copie de la décision d'octroi de la rente suisse ou une attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice
2. Cocher votre choix du système d'assurance-maladie (français ou suisse) dans la partie 5
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 6 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Vous devez ensuite transmettre le formulaire dans le délai de 3 mois à l'Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten (plus simple et rapide : **les démarches peuvent être effectuées en ligne sous www.kvg.org** <Particuliers <Demande et dispense en ligne)

Textes de référence

Annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004, ch.3, let. b sous « Suisse » ; Art. 2, al. 6 OAMal ; Art. L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français ; Accord du 7 juillet 2016 entre les autorités suisses et françaises concernant la possibilité d'exemption de l'assurance-maladie suisse.

Liens utiles

Pour plus d'informations sur l'assurance-maladie suisse, rendez-vous sur www.priminfo.ch <Primes UE/AELE.
Pour plus d'informations sur l'assurance maladie française, rendez-vous sur www.ameli.fr <Droits et démarches <À l'étranger <Vous êtes frontalier suisse.
La brochure « La coordination des soins de santé en Europe. Droits des personnes assurées et des membres de leur famille selon les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 » (Numéro de catalogue KE-32-11-686-FR-C), est disponible sur <http://bookshop.europa.eu>.

OPTION POUR L'ASSURANCE MALADIE FRANCAISE

DOCUMENTS À FOURNIR A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

1) POUR VOTRE AFFILIATION EN FRANCE

- ⇒ si vous venez de prendre un emploi en Suisse : contrat de travail suisse, dernier bulletin de salaire ou attestation de l'employeur suisse
- ⇒ si vous venez de recevoir la notification d'une rente suisse : copie de la décision d'octroi de la rente suisse ou attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice
- ⇒ si vous venez de transférer votre résidence en France : avis de départ de la Suisse délivré par le service de la population

Dans tous les cas, pour le versement de vos prestations, joindre votre relevé d'identité bancaire.

Pour obtenir votre numéro de sécurité sociale française (si vous ne le connaissez pas ou si vous n'en possédez pas), vous devez joindre également :

⇒ si vous êtes né en France (métropolitaine, DOM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy) : une copie d'une pièce d'état civil (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille à jour)

⇒ si vous êtes né à l'étranger, en Polynésie Française, à Wallis et Futuna ou en Nouvelle Calédonie, deux pièces sont nécessaires :

- une copie intégrale de votre acte de naissance ou un extrait de votre acte de naissance avec filiation ou une pièce établie par un consulat (ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible),
- un document d'identité (copie de carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour étranger, visa long séjour)

Pour les pièces en langue étrangère, rapprochez-vous des services de votre organisme d'assurance-maladie.

Dans la partie 5 du formulaire, vous avez la possibilité de demander l'ouverture d'un compte personnel sur amelii.fr qui vous permet de consulter vos remboursements, de télécharger des attestations de droits, de vous informer sur vos droits et démarches et de contacter votre caisse d'assurance maladie française.

2) POUR LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE N'EXERCANT PAS D'ACTIVITE LUCRATIVE ET RESIDANT EN FRANCE

Selon leur situation :

Vous devez fournir :

Conjoint(e)/partenaire de PACS/concubin(e)	► il/elle peut demander son affiliation au régime général auprès de la caisse d'assurance maladie française de son lieu de résidence
Enfants mineurs	- Copie du livret de famille tenu à jour ou copie intégrale de l'acte de naissance avec filiation complète - Remplir le formulaire de demande de rattachement de vos enfants

Si vous ne connaissez pas le numéro de sécurité sociale des membres de votre famille ou s'ils n'en possèdent pas et que vous demandez leur rattachement, vous devez également joindre :

⇒ si ces personnes sont nées en France (métropole, DOM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) : une copie d'une pièce d'état civil (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille à jour)

⇒ si elles sont nées à l'étranger, en Polynésie française, à Wallis et Futuna ou en Nouvelle Calédonie :

- une copie intégrale d'acte de naissance avec filiation complète ;
- un document d'identité (copie de carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour étranger, visa long séjour)

ANHANG 5

Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung

**FORMULAR ZUR KONTROLLE DER ÄQUIVALENZ
DER KRANKENVERSICHERUNG**

(Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994)
(Art.2, Abs. 2, KV-Verordnung vom 27. Juni 1995)

**NACHWEIS DES AUSLANDVERSICHERERS FÜR DIE BEFREIUNG
DER KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT IN DER SCHWEIZ**

1. IDENTITÄT DES VERSICHERTEN

Name _____
 Vorname(n) _____
 Geburtsdatum _____ Nationalität _____ Geschlecht M W
 Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
 Für Ausländer Ausweistyp C-Bew. B-Bew. L-Bew. G-Bew. gültig ab _____
 Statut Student(in) Ins Ausland abgestellte(r) Arbeitnehmer(in) Praktikant(in) _____
 Schule/Arbeitgeber _____ Ende des Aufenthalts in der Schweiz (Datum) _____
 Strasse & Nr. _____
 PLZ & Ort* _____

(*wenn möglich in der Schweiz)

2. FAMILIENMITGLIEDER, FÜR WELCHE EINE BEFREIUNG DER VERSICHERUNGSPFLICHT BEANTRAGT WURDE

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Geschlecht M oder W	Verwandtschaftsgrad

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Versicherten*: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Versicherten*: _____

Der unterzeichnete Versicherer bescheinigt, dass die oben erwähnte/n Person/en während ihres Aufenthalts in der Schweiz über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (siehe Rückseite), eine entsprechende Deckung des Kranken- und Unfallversicherung verfügen, insbesondere für:

- die vollständige Übernahme der Spitalkosten in der Allgemeinabteilung der öffentlichen Spitäler des Kantons Wallis, für den vorgesehenen Tarifvertrag für Patienten, die nicht Empfänger der konventionellen Übereinstimmungen sind (Richtpreis für 2015: CHF 1'081.-- pro Tag zuzüglich Gebühr CHF 796.-- + Zuschläge für medizinische Leistungen);
- die vollständige Übernahme der Spitalkosten in der Allgemeinabteilung der öffentlichen Spitäler des Kantons Wallis für Schwangerschaft und Geburt, für den vorgesehenen Tarifvertrag für Patienten, die nicht Empfänger der konventionellen Übereinstimmungen sind (Richtpreis für 2015: CHF 1'081.-- pro Tag zuzüglich Gebühr CHF 796.-- + Zuschläge für medizinische Leistungen);
- die vollständige Übernahme der Behandlungskosten in einem Pflegeheim (Richtpreis für 2015: CHF 108.-- pro Tag + Medikamente und Arztgebühren);
- die Übernahme der Kosten für ambulante Behandlungen, gemäss den auf der Rückseite angegebenen Art. 25 bis 31 KVG (zur Information: Für 2015 liegt der Punktwert TARMED bei CHF 1.90).

Mit diesem Zeugnis, verpflichtet sich der Versicherer die Leistung zu erbringen, falls einer der obenerwähnten Fälle eintreten sollte. Eine Sozialhilfe von der Gemeinde oder vom Kanton ist ausgeschlossen.

Ende der Versicherungsdeckung (Datum): _____ Stempel und Unterschrift des Versicherers*:

Ort und Datum: _____

FORMULAR ZURÜCKSENDEN AN DIE GEMEINDEVERWALTUNG VON _____

* Der Versicherte und der Versicherer verpflichten sich, der zuständigen Behörde die Auflösung des Vertrags sowie jegliche Reduzierung der Versicherungsdeckung mitzuteilen, die die Äquivalenz der obligatorischen Schweizer Krankenpflegeversicherung nicht mehr gewährleistet.

BUNDESGESETZ ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (KVG) VOM 18.03.1994

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.
2. Diese Leistungen umfassen :
 - a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von :
 1. Ärzten oder Ärztinnen
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen ;
 - b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände ;
 - c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren ;
 - d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation ;
 - e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals ;
 - f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung ;
 - g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten ;
 - h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe B verordneten Arzneimitteln.

Art. 26 Medizinische Prävention

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

Art. 27 Geburtsgebrechen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 28 Unfälle

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Unfällen nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 29 Mutterschaft

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft.
2. Diese Leistungen umfassen :
 - a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft ;
 - b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen ;
 - c. die notwendige Stillberatung ;
 - d. die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.

Art. 30 Straffloser Abbruch des Schwangerschaft

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 120 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Art. 31 Zahnärztliche Behandlungen

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese :
 - a. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist, oder ;
 - b. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist, oder ;
 - c. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.
2. Sie übernimmt auch die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe b verursacht worden sind.

ANHANG 6

**Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen
der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf
die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden**

Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden

Land	RS-Nummer Inkrafttreten	Anwendbarkeit auf die Krankenversicherung	Unterstellung unter die obligatorische Krankenversicherung	Auswirkungen der Entsendung (Dauer der Unterstellung im Entsendestaat)
Australien (AU)	0.831.109.158.1 01.01.2008	nein: nur indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Kanada (CA) + Quebec (QUE)	0.831.109.232.1 + .2 01.10.1995	nein: nur indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Chile (CL)	0.831.109.245.1 01.03.1998	nein: med. Leistung Rentner indir. Wirkung Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 3 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Zypern Nord	-	Im Norden (türkische Repu- blik) FZA nicht anwendbar	In CH KVG anwendbar	-
Kroatien (HR) FZA nicht anwendbar	0.831.109.291.1 01.01.1998	ja + Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich) Keine Kontrolle Gleichwertigkeit durch Kt
Vereinigte Staaten (US) neu ab 01.08.2014	0.831.109.336.1 01.11.1980	nein: nur indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich) * Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Ex-YU (Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro)	0.831.109.818.1 01.03.1964	nein, Freizügigkeit/Taggeld indir. Wirkung Entsendung.	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 3 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Indien (IN)	0.831.109.423.1 29.01.2011	ja, Unterstellungsregeln	Grundsätzlich am Erwerbsort (ausser bei Sonderfällen)	bis 6 Jahre (Maximum) Keine Kontrolle Gleichwertigkeit durch Kt
Israel (IL)	0.831.109.449.1 01.10.1985	nein: nur indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Japan (JP)	0.831.109.463.1 01.03.2012	ja, Unterstellungsregeln	Grundsätzlich am Erwerbsort (ausser bei Sonderfällen)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich) Entsendung aus einem Drittstaat möglich Keine Kontrolle Gleichwertigkeit durch Kt
Kosovo	Aufhebung 01.04.2010	-	In CH KVG anwendbar	-
Mazedonien (MK)	0.831.109.520.1 01.01.2002	ja + Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich) Keine Kontrolle Gleichwertigkeit durch Kt
Philippinen (PH)	0.831.109.645.1 01.03.2004	nein: nur indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Rheinschifferabkommen (RH) BE, DE, FR, LU, NL	0.831.107 01.12.1987	ja, für Rheinschiffer	Staat wo der Arbeitgeber seinen Sitz hat	-
San Marino (SM) FZA nicht anwendbar	0.831.109.672.1 01.03.1983	nein, Freizügigkeit/Taggeld indir. Wirkung Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 1 Jahr (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich
Türkei (TR)	0.831.109.763.1 01.01.1972 (E 1969)	nein, Freizügigkeit/Taggeld indir. Wirkung Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich) Befreiung nach Art. 2 Abs. 5 KVV möglich

* USA anerkennt Gleichwertigkeit KVG : keine Versicherungspflicht Obamacare für Personen die in CH versicherungspflichtig bleiben

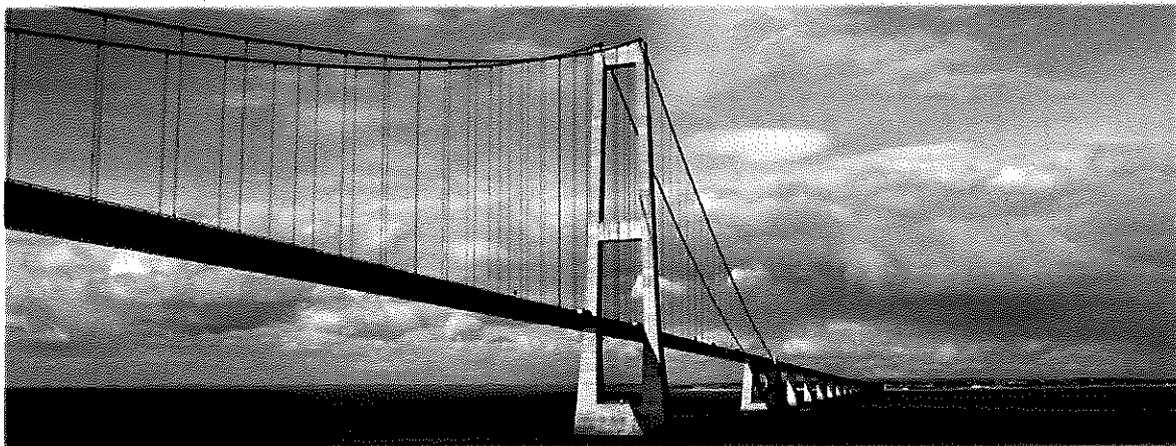
ANHANG 7

Informationen für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Informationen für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind.



Wir schlagen Brücken

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25

Postfach

CH-4503 Solothurn

Telefon +41 32 625 30 30

Öffnungszeiten Mo bis Do: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 17:00 Uhr
Fr: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 16:00 Uhr

E-Mail info@kvg.org

Website www.kvg.org



Inhaltsverzeichnis

1. Eintragung	3
2. Anspruchsberechtigte Familienangehörige	3
3. Besonderheit für Rentner	3
4. Leistungsanspruch	3
5. Rechnungskontrolle	4
6. Übersicht der Leistungen	4
7. Kostenbeteiligung	6
8. Rückerstattung	7
9. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz	7
10. Meldepflicht	7
11. Ombudsman	8
12. Rechtsweg	8

Personen, die in einem EU-oder EFTA-Staat* einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem angehören, haben Anspruch auf medizinische Behandlungen bei Krankheit, Nichtberufsunfall oder Mutterschaft, wenn sie in der Schweiz wohnen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn nimmt für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung vor und koordiniert die Abrechnung der Behandlungskosten sowie die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Wer seinen Wohnsitz in die Schweiz verlegt und weiterhin der Versicherungspflicht in seinem Heimatstaat untersteht, lässt sich bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintragen. Für die Eintragung wird der von seiner Krankenversicherung ausgestellte, gültige Anspruchsnachweis benötigt.

Anspruchsnachweise sind:

- Bescheinigung S1
- Formular E 106 (Arbeitnehmer)
- Formular E 109 (Familienangehörige eines im Ausland lebenden und versicherten Erwerbstätigen)
- Formular E 120 (Rentenantragsteller)
- Formular E 121 (Rentner)

Der Anspruch besteht auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen, die sich als medizinisch notwendig erweisen – mit Ausnahme von Geldleistungen (Taggelder). Dasselbe gilt für die nicht erwerbstätigen, anspruchsberechtigten Familienangehörigen.

*EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. EFTA-Staaten: Island, Norwegen.



1. Eintragung

Senden Sie uns zunächst den gültigen Anspruchsnachweis zu. Sie erhalten anschliessend einen Fragebogen. Die Angaben auf dem Fragebogen dienen dazu abzuklären, ob die Eintragung generell möglich ist oder ob Sie krankenversicherungspflichtig in der Schweiz sind. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Sie eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben oder wenn Sie eine Rente oder eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehen. Für Kinder liegt eine Versicherungspflicht in der Schweiz vor, wenn mindestens ein Elternteil in der Schweiz auf Grund einer Erwerbstätigkeit versicherungspflichtig ist. Die Eintragung ist in diesem Fall ausgeschlossen (siehe auch Punkt 10).

Der Fragebogen steht Ihnen auch als Download auf der Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance) zur Verfügung.

Achtung: Die Behandlungskosten können nur dann über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, wenn der Anspruchsnachweis gültig und aktuell ist.

Wer schliesslich für die Leistungsaushilfe registriert wird, erhält eine Versichertenkarte. Diese gilt als Nachweis der Anspruchsberechtigung gegenüber den Leistungserbringern in der Schweiz. Leistungserbringer sind z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Physiotherapeuten etc.

Wenn aus einem der oben genannten Gründe die Registrierung für die Leistungsaushilfe verweigert werden muss, erhält die zuständige kantonale Behörde eine Mitteilung. Es ist grundsätzlich Sache der kantonalen Behörden, die Einhaltung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu kontrollieren (Art. 6 KVG). Ihre zuständige Krankenversicherung wird über die Eintragung bzw. Nichteintragung informiert.

2. Anspruchsberechtigte Familienangehörige

Zum Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen zählen auch der nicht erwerbstätige Ehegatte sowie die Kinder bis zur Vollendung des 18. Altersjahres. Kinder, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren, können längstens bis zur Vollendung des 25. Altersjahres eingetragen werden. Über dieses Alter hinaus wird geprüft, ob die Kinder unterhaltsberechtig sind. Kinder, die sich in einer Berufsausbildung befinden, sind versicherungspflichtig in der Schweiz.

3. Besonderheit für Rentner

Nicht erwerbstätige Personen, die ihren Wohnsitz vor dem ordentlichen, schweizerischen Renteneintrittsalter (Vollendung des 64. Altersjahres bei Frauen und des 65. Altersjahres bei Männern) in die Schweiz verlegen, sind grundsätzlich verpflichtet, Beiträge an die AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung) zu entrichten. Mit der Beitragszahlung ist ein Anspruch auf eine Rente verbunden. Die Höhe der Rente ist von der Dauer der Beitragszahlung abhängig. Die Ausgleichskasse Ihres Wohnortes gibt Ihnen hierzu detaillierte Auskünfte. Der Bezug einer Rente führt zur Versicherungspflicht in der Schweiz. Die Höhe der Rente hat keinen Einfluss auf das Eintreten der Versicherungspflicht. Der Rentenanspruch muss der Gemeinsamen Einrichtung KVG umgehend mitgeteilt werden.

4. Leistungsanspruch

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, einer leistungsberechtigten Person aus der EU bzw. EFTA die gleichen gesetzlichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen wie einer in der Schweiz versicherten



Person zu gewähren. Der Leistungsanspruch, die anwendbaren Tarife und die Kostenbeteiligung richten sich im Behandlungsfall deshalb nach schweizerischem Krankenversicherungsrecht.

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz KVG erlaubt es den Versicherten, unter den für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei zu wählen.

5. Rechnungskontrolle

Die Gemeinsamen Einrichtung KVG koordiniert für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung, kontrolliert die Rechnungen im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen und nimmt die Abrechnung der Behandlungskosten vor sowie anschliessend die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Geldleistungen (Taggelder) werden nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG, sondern direkt von der zuständigen Krankenversicherung im Ausland bezahlt.

6. Übersicht der Leistungen

Die nachfolgende Liste gibt Ihnen eine Übersicht über die Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG übernommen werden. Die Liste ist nicht abschliessend.

Leistung	Bemerkungen
Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren und Hebammen sowie nach ärztlicher Verordnung bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen und -männern bzw. Organisationen der Krankenpflege zu Hause sowie Ernährungsberatern.
Ambulante Behandlung nach alternativen Heilmethoden (Komplementärmedizin)	Bei zugelassenen Ärzten mit anerkannter Weiterbildung in der betreffenden Behandlungsdisziplin: <ul style="list-style-type: none">• Akupunktur• Anthroposophische Medizin• Arzneimitteltherapie bei Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)• Ärztliche Klassische Homöopathie• Phytotherapie
Medikamente	Vom Arzt abgegebene oder verordnete Medikamente, sofern diese in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste für die gegebene Indikation aufgeführt sind (andere Medikamente werden nicht übernommen, auch nicht teilweise).
Mittel und Gegen-	Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie z.B. Bandagen, Gehhilfen, Orthesen, Verbandmaterial,



stände	Inkontinenzhilfen, usw. gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).
Zahnärztliche Behandlungen	<ul style="list-style-type: none">• Kostenübernahme bei Zahnunfall, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt.• Bei schwerer Erkrankung des Kausystems oder als Folge einer schweren Allgemeinerkrankung gemäss den in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen.
Geburtsgebrechen	Kostenübernahme für gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern die schweizerische Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig ist.
Psychotherapie	Kostenübernahme bei einem zugelassenen Arzt oder bei Delegation an einen nicht ärztlichen Psychologen oder Psychotherapeuten (jedoch nur unter Aufsicht und in der Praxis des delegierenden Arztes).
Laboranalysen	Ärztlich angeordnete Analysen gemäss Analysenliste.
Stationäre Behandlung in einem Spital	Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind. Die Kostenübernahme erfolgt höchstens nach dem Tarif des Wohnkantons, sofern es sich nicht eine medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisation handelt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton nicht angeboten werden.
Medizinische Rehabilitation	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Bei stationärer Rehabilitation Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim	Kostenübernahme von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen durch: <ul style="list-style-type: none">• Pflegefachpersonen• Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause• Pflegeheimen



Badekuren	Während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von CHF 10 an die Kosten von ärztliche angeordneten Badekuren in zugelassenen Heilbädern sowie Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Erholungskuren	Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Mutterschaft	<ul style="list-style-type: none">• Sieben Kontrolluntersuchungen vor sowie eine Kontrolluntersuchung nach der Geburt• Zwei Ultraschallkontrollen• Kostenübernahme für die Entbindung zu Hause, in einem Spital (allgemeine Abteilung) oder Geburtshaus• Drei Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachpersonen• Max. CHF 100 für Kurse der Geburtsvorbereitung durch Hebammen
Massnahmen der Prävention	Kostenübernahme für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention: <ul style="list-style-type: none">• prophylaktische Impfungen• Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten• Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes• Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen• Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung oder einer bestimmten Altersgruppe
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre.
Beitrag an Transportkosten	Kostenübernahme von 50% der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt: <ul style="list-style-type: none">• max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Transportkosten• max. CHF 5'000 pro Kalenderjahr für Rettungskosten

7. Kostenbeteiligung

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Sie leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital.



- Die Franchise beträgt CHF 300 je Kalenderjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.
- Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt CHF 15 für Personen ab 25 Jahren.
- Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Bei Direktzahlung der Rechnung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an den Leistungserbringer (tiers payant) wird die Kostenbeteiligung der versicherten Person im Nachhinein separat in Rechnung gestellt oder bei Rückerstattung an die versicherte Person (tiers garant) direkt vom Betrag abgezogen.

8. Rückerstattung

Die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer erfolgt gemäss den unterschiedlichen kantonalen Verträgen und Tarifen entweder an die Gemeinsame Einrichtung KVG (tiers payant) oder an die versicherte Person (tiers garant).

Damit wir eine rasche und unentgeltliche Rückerstattung garantieren können, benötigen wir von Ihnen die Originalrechnung sowie Ihre vollständigen Bankangaben:

- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Name und Adresse der Bank
- Kontoinhaber und Adresse

9. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz

Die Gemeinsame Einrichtung KVG untersteht den Bestimmungen des schweizerischen Gesetzes über den Datenschutz (DSG), des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie ist berechtigt, Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten, die sie benötigt, um die ihr nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen (Art. 84 KVG). Der Umgang mit den Daten ist im Bearbeitungsreglement geregelt, welches Sie auf unserer Website finden ([www.kvg.org/Über uns/Corporate governance](http://www.kvg.org/Über_uns/Corporate_governance)). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Soweit die Abklärung Ihrer Ansprüche es erfordert sind Sie verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben. Bei Bedarf verlangt die Gemeinsame Einrichtung KVG von Ihren behandelnden Ärzten eine genaue Diagnose und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu Händen ihres Vertrauensarztes. Wünschen Sie Auskunft über Ihre Daten, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG über Sie bearbeitet, wenden Sie sich bitte schriftlich an unseren Rechtsdienst und legen Sie einen Identitätsnachweis bei.

10. Meldepflicht

An Hand Ihrer Angaben auf dem Fragebogen beurteilen wir, ob für Sie die Leistungsaushilfe möglich ist oder eine Krankenversicherungspflicht in der Schweiz besteht (siehe auch Punkt 1). In der Schweiz ist eine Krankenversicherung nur für maximal drei Monate rückwirkend möglich. Deshalb ist es für Sie



wichtig, uns Änderungen unverzüglich mitzuteilen. Informieren Sie uns nicht rechtzeitig, kommt es zu einer Versicherungslücke zwischen dem Ende Ihrer Krankenversicherung im Ausland und dem Beginn der Versicherung in der Schweiz. Das hat zur Folge, dass Sie für die Kosten der medizinischen Behandlung während dieser Versicherungslücke selbst aufkommen müssen. Auch ohne medizinische Behandlungen in dieser Zeit kann eine Unterbrechung Ihres Krankenversicherungsschutzes erhebliche Folgen bei späteren Leistungs- oder Versicherungsansprüchen haben.

11. Ombudsman

Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenversicherung, können sie die Dienste des Ombudsmans der Krankenversicherung beanspruchen. Der Ombudsman befasst sich mit Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenversicherung auftreten.

Ombudsman Krankenversicherung
Morgartenstr. 9
CH-6003 Luzern

Telefon deutsch:	+41 41 226 10 10
Telefon französisch:	+41 41 226 10 11
Telefon italienisch:	+41 41 226 10 12
Fax:	+41 41 226 10 13
E-Mail:	info@om-kv.ch
Website:	https://secure.om-kv.ch/

12. Rechtsweg

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden.

Die Einspracheentscheide sind innert angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden. Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat.

Anmerkungen:

Die in diesem Informationsblatt enthaltenen Angaben begründen keinen Rechtsanspruch. Rechtlich verbindlich sind die massgebenden Rechtserlasse (das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG sowie die dazugehörigen Vollzugsverordnungen und die dazu ergangene Rechtsprechung). Das Informationsblatt finden Sie auch auf unserer Website (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance).

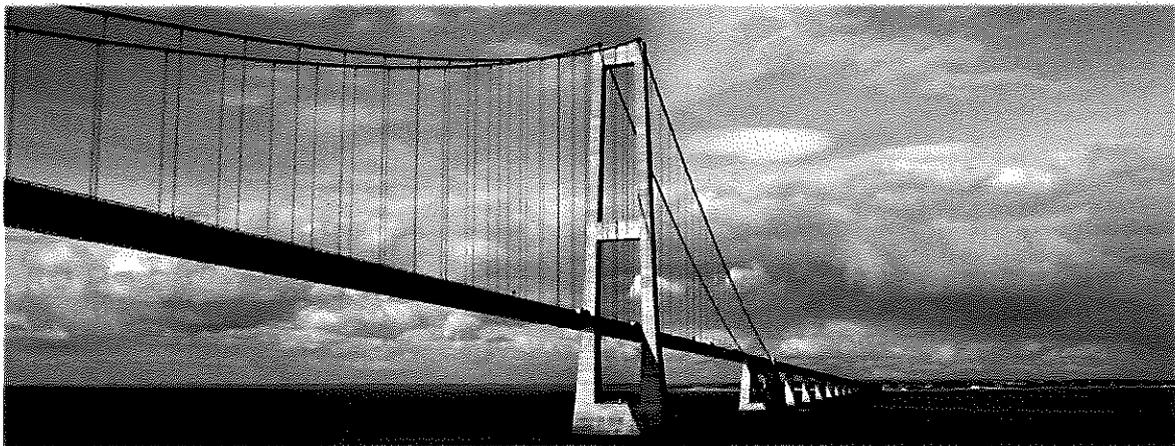
ANHANG 8

Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in einem EU-oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind.



Wir schlagen Brücken

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25

Postfach

CH-4503 Solothurn

Telefon +41 32 625 30 30

Öffnungszeiten Mo bis Do: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 17:00 Uhr
Fr: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 16:00 Uhr

E-Mail info@kvg.org

Website www.kvg.org



Inhaltsverzeichnis

1. Vorübergehender Aufenthalt	2
2. Reisen zum Zwecke der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung	3
3. Leistungsanspruch	3
4. Rechnungskontrolle	3
5. Übersicht der Leistungen	4
6. Kostenbeteiligung	6
7. Rückerstattung	6
8. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz	7
9. Ombudsman	7
10. Rechtsweg	8

1. Vorübergehender Aufenthalt

Personen, die in einem EU- oder EFTA-Staat* einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem angehören, haben während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz Anspruch auf unvorhergesehene medizinische Behandlungen bei Krankheit, Nichtberufsunfall oder Mutterschaft. Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn nimmt für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung vor und koordiniert die Abrechnung der Behandlungskosten sowie die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Von einem vorübergehenden Aufenthalt spricht man, wenn die Person beabsichtigt, sich nur für eine begrenzte Dauer und zu einem bestimmten Zweck in der Schweiz aufzuhalten, um anschliessend wieder in ihren Heimatstaat zurückzukehren. Die Aufenthaltsdauer ist also im Voraus bekannt. Es muss nicht zwingend ein fixes Datum der Rückreise bekannt sein, sondern es genügt, wenn die Person einen ungefähren Zeitraum nennt (z.B. „ich beabsichtige, mich für eineinhalb Jahre zu Studienzwecken in der Schweiz aufzuhalten“). Voraussetzung ist, dass sich der Lebensmittelpunkt für die Dauer des vorübergehenden Aufenthalts weiterhin im Heimatstaat befindet.

Der Zweck des Aufenthalts kann sein:

- Ferien / Urlaub
- Studium
- Entsendung
- Geschäftsreise
- Besuch von Familienangehörigen, Freunden etc.
- Erwerbstätigkeit, wenn es sich um Grenzgänger aus Frankreich, Italien oder Österreich handelt und sie sich für das gesetzliche Krankenversicherungssystem ihres Wohnstaats entschieden haben (Optionsrecht)
- etc.

*EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. EFTA-Staaten: Island, Liechtenstein, Norwegen.



Wer während seines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz medizinische Behandlungen benötigt, legt direkt dem Leistungserbringer in der Schweiz den von seiner Krankenversicherung ausgestellten, gültigen Anspruchsnachweis vor.

Anspruchsnachweise sind:

- Europäische Krankenversicherungskarte
- provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte.

Wichtig: Die Europäische Krankenversicherungskarte deckt nicht Ihre Kosten, wenn Sie sich zum Zwecke einer medizinischen Behandlung in die Schweiz begeben.

2. Reisen zum Zwecke der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung

Beabsichtigen Sie die Reise in die Schweiz, um eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, so beantragen Sie bitte zwingend **vorher** die Kostenübernahme bei Ihrer zuständigen Krankenversicherung. Das gilt sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Behandlung.

Anspruchsnachweise sind:

- Formular E 112
- Bescheinigung S2.

Achtung: Die Behandlungskosten können nur dann über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, wenn der Anspruchsnachweis gültig und aktuell ist.

3. Leistungsanspruch

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, einer leistungsberechtigten Person aus der EU bzw. EFTA die gleichen gesetzlichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen wie einer in der Schweiz versicherten Person zu gewähren. Der Leistungsanspruch, die anwendbaren Tarife und die Kostenbeteiligung richten sich im Behandlungsfall deshalb nach schweizerischem Krankenversicherungsrecht.

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz KVG erlaubt es den Versicherten, unter den für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei zu wählen.

4. Rechnungskontrolle

Die Gemeinsamen Einrichtung KVG koordiniert für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung, kontrolliert die Rechnungen im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen und nimmt die Abrechnung der Behandlungskosten vor sowie anschliessend die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Geldleistungen (Taggelder) werden nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG, sondern direkt von der zuständigen Krankenversicherung im Ausland bezahlt.



5. Übersicht der Leistungen

Die nachfolgende Liste gibt Ihnen eine Übersicht über die Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG übernommen werden. Die Liste ist nicht abschliessend.

Leistung	Bemerkungen
Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren und Hebammen sowie nach ärztlicher Verordnung bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen und -männern bzw. Organisationen der Krankenpflege zu Hause sowie Ernährungsberatern.
Ambulante Behandlung nach alternativen Heilmethoden (Komplementärmedizin)	Bei zugelassenen Ärzten mit anerkannter Weiterbildung in der betreffenden Behandlungsdisziplin: <ul style="list-style-type: none">• Akupunktur• Anthroposophische Medizin• Arzneimitteltherapie bei Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)• Ärztliche Klassische Homöopathie• Phytotherapie
Medikamente	Vom Arzt abgegebene oder verordnete Medikamente, sofern diese in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste für die gegebene Indikation aufgeführt sind (andere Medikamente werden nicht übernommen, auch nicht teilweise).
Mittel und Gegenstände	Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie z.B. Bandagen, Gehhilfen, Orthesen, Verbandmaterial, Inkontinenzhilfen, usw. gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).
Zahnärztliche Behandlungen	<ul style="list-style-type: none">• Kostenübernahme bei Zahnunfall, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt.• Bei schwerer Erkrankung des Kausystems oder als Folge einer schweren Allgemeinerkrankung gemäss den in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen.
Geburtsgebrechen	Kostenübernahme für gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern die schweizerische Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig ist.
Psychotherapie	Kostenübernahme bei einem zugelassenen Arzt oder bei Delegation an einen nicht ärztlichen Psychologen oder Psychotherapeuten (jedoch nur unter Aufsicht und in der Praxis des delegierenden Arztes).



Laboranalysen	Ärztlich angeordnete Analysen gemäss Analysenliste.
Stationäre Behandlung in einem Spital	Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Medizinische Rehabilitation	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Bei stationärer Rehabilitation Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim	Kostenübernahme von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen durch: <ul style="list-style-type: none">• Pflegefachpersonen• Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause• Pflegeheimen
Badekuren	Während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von CHF 10 an die Kosten von ärztliche angeordneten Badekuren in zugelassenen Heilbädern sowie Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Erholungskuren	Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Mutterschaft	<ul style="list-style-type: none">• Sieben Kontrolluntersuchungen vor sowie eine Kontrolluntersuchung nach der Geburt• Zwei Ultraschallkontrollen• Kostenübernahme für die Entbindung zu Hause, in einem Spital (allgemeine Abteilung) oder Geburtshaus• Drei Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachpersonen• Max. CHF 100 für Kurse der Geburtsvorbereitung durch Hebammen
Massnahmen der Prävention	Kostenübernahme für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention: <ul style="list-style-type: none">• prophylaktische Impfungen• Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten• Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes• Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen



	<ul style="list-style-type: none">• Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung oder einer bestimmten Altersgruppe
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre.
Beitrag an Transportkosten	Kostenübernahme von 50% der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt: <ul style="list-style-type: none">• max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Transportkosten• max. CHF 5'000 pro Kalenderjahr für Rettungskosten

6. Kostenbeteiligung

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht bei Personen, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten aus einer Pauschale für Franchise und Selbstbehalt. Sie leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital.

- Die Pauschale beträgt CHF 92 pro 30 Behandlungstage für Erwachsene und CHF 33 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt CHF 15 für Personen ab 25 Jahren.
- Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Dieser 30-Tage-Zeitraum für die Berechnung der Kostenbeteiligung beginnt mit dem ersten Behandlungstag.

Bei Direktzahlung der Rechnung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an den Leistungserbringer (tiers payant) wird die Kostenbeteiligung der versicherten Person im Nachhinein separat in Rechnung gestellt oder bei Rückerstattung an die versicherte Person (tiers garant) direkt vom Betrag abgezogen.

7. Rückerstattung

Die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer erfolgt gemäss den unterschiedlichen kantonalen Verträgen und Tarifen entweder an die Gemeinsame Einrichtung KVG (tiers payant) oder an die versicherte Person (tiers garant).

Damit wir eine rasche und unentgeltliche Rückerstattung garantieren können, benötigen wir von Ihnen die Originalrechnung, eine Kopie Ihres Anspruchsnachweises sowie Ihre vollständigen Bankangaben:



- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Name und Adresse der Bank
- Kontoinhaber und Adresse

8. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz

Die Gemeinsame Einrichtung KVG untersteht den Bestimmungen des schweizerischen Gesetzes über den Datenschutz (DSG), des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie ist berechtigt, Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten, die sie benötigt, um die ihr nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen (Art. 84 KVG). Der Umgang mit den Daten ist im Bearbeitungsreglement geregelt, welches Sie auf unserer Website finden ([www.kvg.org/Über uns/Corporate governance](http://www.kvg.org/Über_uns/Corporate_governance)). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Soweit die Abklärung Ihrer Ansprüche es erfordert sind Sie verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben. Bei Bedarf verlangt die Gemeinsame Einrichtung KVG von Ihren behandelnden Ärzten eine genaue Diagnose und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu Händen ihres Vertrauensarztes. Wünschen Sie Auskunft über Ihre Daten, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG über Sie bearbeitet, wenden Sie sich bitte schriftlich an unseren Rechtsdienst und legen Sie einen Identitätsnachweis bei.

9. Ombudsman

Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenversicherung, können sie die Dienste des Ombudsmans der Krankenversicherung beanspruchen. Der Ombudsman befasst sich mit Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenversicherung auftreten.

Ombudsman Krankenversicherung
Morgartenstr. 9
CH-6003 Luzern

Telefon deutsch:	+41 41 226 10 10
Telefon französisch:	+41 41 226 10 11
Telefon italienisch:	+41 41 226 10 12
Fax:	+41 41 226 10 13
E-Mail:	info@om-kv.ch
Website:	https://secure.om-kv.ch/



10. Rechtsweg

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden.

Die Einspracheentscheide sind innert angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden. Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat.

Anmerkungen:

Die in diesem Informationsblatt enthaltenen Angaben begründen keinen Rechtsanspruch. Rechtlich verbindlich sind die massgebenden Rechtserlasse (das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG sowie die dazugehörigen Vollzugsverordnungen und die dazu ergangene Rechtsprechung). Das Informationsblatt finden Sie auch auf unserer Website (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance).

ANHANG 9

Übersicht Zuordnung und Wahlrecht



Übersicht Zuordnung und Optionsrecht

Die folgende Übersicht zeigt auf, wer sich in der Schweiz versichern muss, wer zwischen der Versicherung in der Schweiz und im Wohnstaat wählen kann (Optionsrecht Schweiz/EU-Staat) und wer sich nicht in der Schweiz versichern kann:

Personenkategorie / Wohnstaat	Code	Grenzgänger		Rentner		Arbeitslose		Nicht erwerbstätige Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen in der Schweiz
		Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Grenzgängers		Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Rentners		Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Arbeitslosen		
EU								
Belgien	BE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Bulgarien	BG	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Dänemark	DK	CH	DK	CH	DK	CH	DK	DK
Deutschland	DE	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH
Estland	EE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Finnland	FI	CH	FI/CH	CH	FI/CH	CH	FI/CH	FI/CH
Frankreich	FR	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH
Griechenland	EL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Grossbritannien	UK	CH	UK	CH	UK	CH	UK	UK
Irland	IE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Italien	IT	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH
Kroatien ¹	HR	--	--	--	--	--	--	--
Lettland	LV	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Litauen	LT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Luxemburg	LU	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Malta	MT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Niederlande	NL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Österreich	AT	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH
Polen	PL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Portugal	PT	CH	PT	PT/CH	PT	CH	PT	PT
Rumänien	RO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Schweden	SE	CH	SE	CH	SE	CH	SE	SE
Slowakei	SK	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Slowenien	SI	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Spanien	ES	CH	ES	ES/CH	ES/CH ²	CH	ES	ES
Ungarn	HU	CH	HU	CH	CH	CH	HU	HU
Tschechien	CZ	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Zypern	CY	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
EFTA								
Island	IS	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Liechtenstein	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI
Norwegen	NO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH

¹ FZA noch nicht auf Kroatien ausgedehnt.

² Versicherung in demselben Staat wie der Grenzgänger, Rentner, Arbeitslose