



Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Abklärung der Versicherungspflicht in der Schweiz und einer allfälligen Befreiung

Angaben zur Person in der Schweiz

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
E-Mail _____ Nationalität _____

Krankenversicherer (Nachweis beilegen) _____
Bildungsinstitut oder Arbeitgeber, Adresse _____

Angaben zum Ehegatten / eingetragenen Partner nach Partnerschaftsgesetz

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ PLZ/Ort _____
Adresse _____ Nationalität _____
E-Mail _____

Krankenversicherer (Nachweis beilegen) _____

Ist Ihr Ehegatte / eingetragener Partner erwerbstätig? Ja Nein

Land _____ Arbeitgeber _____
 selbständig

Angaben zu den Kindern

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Erwerbstätigkeit

- Ich bin aus dem folgenden Staat in die Schweiz entsandt _____
- Ich bin Grenzgänger/in aus Frankreich, Deutschland, Österreich oder Italien. Mein Wohnsitz/Lebensmittelpunkt liegt in folgendem Land _____
- Ich wohne in der Schweiz und stehe in einem Arbeitsverhältnis in der EU/EFTA. Arbeitgeber _____
- Ich wohne in der Schweiz und bin in mehreren Staaten erwerbstätig
Land _____ Arbeitgeber _____
Land _____ Arbeitgeber _____
Land _____ selbständig

Studium/Weiterbildung

- Ich absolviere ein Studium in der Schweiz. Ich bin zusätzlich erwerbstätig Ja Nein
- Ich absolviere ein Praktikum. Ich beziehe einen AHV-pflichtigen Lohn Ja Nein
Arbeitgeber _____

Rente(n)

- Ich beziehe eine (gesetzliche) Rente / Renten aus den folgenden Staaten
 Schweiz _____ _____
- Ich habe Anspruch auf eine Rente aus der Schweiz und beziehe sie ab _____

Weiteres

- Ich beziehe Arbeitslosenentschädigung/-geld aus folgendem Staat _____
- Ich verfüge über eine private Vollversicherung, deren Leistungen über diejenigen des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hinausgehen und kann mich auf Grund meines Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht im bisherigen Umfang in der Schweiz Zusatzversichern.

Bemerkungen _____

Ich bestätige, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Versicherungssituation haben können, unverzüglich zu melden. Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass die zuständige Behörde zur Abklärung der Versicherungspflicht weitere Angaben von mir einholen kann.

Seite 3/3

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte einsenden an: Amt für Migration, Aabachstrasse 1, Postfach, 6301 Zug