

Gesundheits- und Sozialdepartement

Gesundheitsamt

Hofbad 2

9050 Appenzell

Telefon +41 71 788 94 52

info@gsd.ai.ch



KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

PRÜFUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT BEI WEGZÜGEN INS AUSLAND

Füllen Sie dieses Formular bitte **vollständig** aus und **unterzeichnen** Sie es. Danach **senden** Sie es **spätestens 20 Tage vor Ihrem Wegzug ins Ausland dem Gesundheitsamt zu.**

Personalien	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail	

Angaben zu Ihrem Wegzug und weitere persönliche Angaben	
In welches Land wandern Sie aus? Und wann?	Land: Wann:
Haben Sie neu Ihren Wohnsitz (d.h. ihren Lebensmittelpunkt) in diesem Land in das sie wegziehen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Werden Sie in Zukunft doch noch teilweise in der Schweiz leben oder sich aufhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, für wie lange und weshalb?
Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, in welchem Land?
Beziehen Sie Renten oder haben sie sich Geld von Ihrer beruflichen Vorsorgeeinrichtung ausbezahlen lassen? <small>(Mit Renten sind Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV), der Militärversicherung (MV), der Unfallversicherung (UV) oder der Berufliche Vorsorge (BV, Pensionskasse) gemeint.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, um was für Gelder handelt es sich und aus welchem Land?
Haben Sie einen Ehegatten / eingetragenen Partner?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wo lebt diese Person und ist sie erwerbstätig oder bezieht Renten/Taggelder?
Haben Sie Kinder unter 25 Jahren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wie alt sind Ihre Kinder genau? In welchem Land leben Ihre Kinder?

Ich bestätige, dieses Formular wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------