



PRÜFUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT BEI ZUZUG VOM AUSLAND

Füllen Sie dieses Formular bitte **vollständig** aus und **unterzeichnen** Sie es. Danach **senden** Sie es bitte **spätestens 30 Tage nach Ihrer Wohnsitzverlegung resp. Aufnahme Ihrer Erwerbstätigkeit in der Schweiz** dem Gesundheitsamt zu.

Personalien	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail	

Angaben zu Ihrem Zuzug und weitere persönliche Angaben	
Seit wann wohnen oder arbeiten Sie in der Schweiz?	Wohnen seit: Arbeiten seit:
Haben Sie Ihren Wohnsitz (d.h. ihren Lebensmittelpunkt) neu in der Schweiz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls nein, in welchem Land haben Sie Ihren Wohnsitz?
Werden Sie in Zukunft doch noch teilweise im Ausland leben oder sich aufhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, in welchem Land? Und für wie lange und weshalb?
Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, in welchem Land?
Beziehen Sie Renten/Taggelder oder haben sie sich Geld von Ihrer beruflichen Vorsorgeeinrichtung ausbezahlen lassen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, um was für Gelder handelt es sich und aus welchem Land?
Sind Sie Student, Diplomat oder Entsandter Ihres Arbeitgebers?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
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
Möchten Sie Ihre ausländische Krankenversicherung behalten falls möglich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Ich bestätige, dieses Formular wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

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