|  |  |
| --- | --- |
| **Krankenversicherung für Grenzgänger/innen (Ausweis G) mit Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich** | |
| **1. Persönliche Angaben der Grenzgängerin/des Grenzgängers**  Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtstdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geschlecht W M  Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet  Partnerschaftsgesetz (PartG) in eingetragener Partnerschaft gerichtlich aufgelöste Partnerschaft   durch Tod aufgelöste Partnerschaft durch Verschollenerklärung aufgelöste Partnerschaft  Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Arbeitgeber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse des Arbeitgebers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 2. Angaben über nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich.  Kinder, von denen ein Elternteil im Wohnland arbeitet, sind nicht anzugeben.  Name Vorname(n) Geburtsdatum Geschlecht Nationalität  Ehefrau/-man \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Partner/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kinder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ W M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **3. Optionsrecht**  Als Grenzgänger/in wähle ich: | |
|  | |
| **A**  **Versicherung in der Schweiz (KVG)**  Ich weise hiermit nach, dass ich und ggf. meine nichterwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz versichert bin/sind (beim gleichen Versicherer) und lege eine/die **Kopie(n) der/des für das laufende Jahr gültigen Versicherungsausweise(s) bei.** | **B**  **Versicherung im Wohnland**  Ich weise hiermit nach, dass ich und ggf. meine nichterwerbstätigen Familienangehörigen in meinem Wohnland versichert bin/sind und lege eine/die **Kopie(n) der/des für das laufende Jahr gültigen Versicherungsausweise(s) bei.**  Familienangehörige mit Wohnsitz in **Deutschland**  können ein anderes Versicherungssystem wählen als die Grenzgängerin/der Grenzgänger.  Personen mit Wohnsitz in **Italien** unterliegen automatisch und müssen folglich keine Kopie des Ausweises beilegen. |
| **4. Datum und Unterschrift**  **Achtung: Nehmen Sie die Informationen auf der Rückseite zur Kenntnis, bevor Sie unterschreiben.**  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: | |
| Zurücksenden an: Amt für Gesundheit  Route des Cliniques 17  1700 Freiburg | Telefon: 026 305 29 13  Fax: 026 305 29 39  E-Mail: [ssp@fr.ch](mailto:ssp@fr.ch) |
| **Dieses Formular muss zwingend innerhalb der im beiliegenden Schreiben festgelegten Frist zurückgeschickt werden.** | |

**Wichtige Zusatzinformationen**

**Ihre Wahl des Krankenversicherungssystems ist für die gesamte Dauer Ihres Grenzgängerstatus unwiderrufbar.**

Unvollständige oder ungenaue Angaben können zu einer mangelhaften Versicherungsdeckung Ihrer nichterwerbstätigen Familienangehörigen führen.

1. Die Kopien der für das laufende Jahr gültigen Versicherungsausweise der betroffenen Personen müssen Ihrer Sendung unbedingt beigelegt werden (ausser für Italien, siehe Vorderseite);

2. Wenn diese Belege fehlen, werden Sie und/oder Ihre betroffenen Familienangehörigen von Amtes wegen einer Versicherung angeschlossen. Bei einem Annullierungsgesuch werden Verwaltungsgebühren erhoben.

**Das für die soziale Sicherheit zuständige Organ Ihres Landes ist befugt, Ihren Anschluss an eine Krankenpflegeversicherung zu überprüfen. Um Ihre Wahl des Versicherungssystems belegen zu können, ist es unbedingt notwendig, dass sie eine Kopie dieses Formulars aufbewahren.**