

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formular für Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in Deutschland, Italien oder Österreich** | | |
| **1. Persönliche Angaben der Grenzgängerin/des Grenzgängers**  Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail    Vorname Tel.    Geburtsdatum ---------------------Nationalität Geschlecht ❑ M ❑ W    Zivilstand ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ getrennt ❑ geschieden ❑ verwitwet  Bundesgesetz über die ❑ in eingetragener Partnerschaft ❑ gerichtlich aufgelöste Partnerschaft eingetragene Partnerschaft ❑ durch Tod aufgelöste Partnerschaft ❑ durch Verschollenerklärung aufgelöste Partnerschaft  gleichgeschlechtlicher Paare  (PartG)  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 (M/W) Nationalität  Ehefrau/-mann  Partner/in    **.** .  Kinder    **.** .    **.** .    **.** .    **.** .  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 für das laufende Jahr gültigen Versicherungsausweise(s)** bei.  Familienangehörige mit Wohnsitz in **Deutschland** können ein anderes Versicherungssystem wählen als die Grenzgängerin/der Grenzgänger. |
| **4. Datum und Unterschrift**  **Achtung**: **Nehmen Sie die Informationen auf der Rückseite zur Kenntnis, bevor Sie unterschreiben.**  Datum : ……………………………………... Unterschrift: ……………………………………………………………. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zurücksenden an : | Amt für Gesundheit | Telefon: 026 305 29 13 |
|  | Rte des Cliniques 17 | Fax: 026 305 29 39 |
|  | 1700 Fribourg | E-Mail: [ssp@fr.ch](mailto:ssp@fr.ch) |

**Dieses Formular muss zwingend im Original und 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.

Bei den Kopien der Versicherungsausweise beachten Sie bitte:

1. Die Kopien der für das laufende Jahr gültigen 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.

**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.**