



Fragebogen zur Abklärung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz für Kurz- und JahresaufenthalterInnen sowie Niedergelassene in der Schweiz und deren Familienangehörige mit Wohnsitz in einem EU- bzw. EFTA-Staat

1. Angaben zur **Person in der Schweiz** (bitte in Blockschrift ausfüllen):

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
Strasse	PLZ/Ort	Staatsangehörigkeit
.....
Telefon	E-Mail	
.....	
Arbeitgeber		
.....		
Name der Krankenkasse		
.....		

	Ja	Nein
Sind Sie als Schülerin bzw. Schüler, Studierende bzw. Studierender, Praktikantin bzw. Praktikant, Stagiaire zu einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie als Dozentin bzw. Dozent oder Forscherin bzw. Forscher im Rahmen einer Lehr- oder Forschungstätigkeit in der Schweiz tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie als entsandte Arbeitnehmerin bzw. entsandter Arbeitnehmer in der Schweiz tätig (von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [AHV/IV] befreit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Aufenthaltsbewilligung EU/EFTA ohne Erwerbstätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Haben Sie eine Ehepartnerin bzw. einen Ehepartner oder Kinder, die in einem EU- bzw. EFTA-Staat wohnen? Ja Nein

EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern
EFTA-Staaten: Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz

Ist Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr Ehepartner erwerbstätig? Ja Nein

Ehepartnerin bzw. Ehepartner:

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
Wohnort	Land	Staatsangehörigkeit
.....
Name der Krankenkasse		
.....		

Kinder:

1. Kind: Name	Vorname	Geburtsdatum
.....

2. Kind: Name	Vorname	Geburtsdatum
.....

3. Kind: Name	Vorname	Geburtsdatum
.....

Wohnort der Kinder Strasse	Ort	Land
.....

Staatsangehörigkeit der Kinder

.....

Name der Krankenkasse der Kinder

.....

Bemerkungen:

Jede Änderung des Zivilstandes, der Familienverhältnisse, des Wohnlandes der Familienangehörigen sowie die Aufgabe der Erwerbstätigkeit eines Familienangehörigen ist der Wohnsitzgemeinde zu melden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Hinweis

Das ausgefüllte Formular ist dem **Amt für Migration, Postfach 857, 6301 Zug**, einzureichen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Wohnsitzgemeinde.