



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Gesundheitsdirektion
Bereich KVG
Stampfenbachstrasse 30
Postfach
CH 8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 38
Fax +41 43 259 52 10
www.gd.zh.ch/kvg

Name: Vorname: Geschlecht m f

Adresse (in der Schweiz):

Postleitzahl und Ort:

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

Telefon: E-Mail:

Zivilstand: Krankenversicherung:

Arbeitgeber:

Aufenthaltsbewilligung: B BEG C F G L
 andere:

Ich beantrage, von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreit zu werden. Ich bin (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- in der Schweiz wohnhaft und weder in der Schweiz noch im Ausland erwerbstätig
- ausschliesslich in der Schweiz erwerbstätig (angestellt oder selbstständig)
- sowohl in der Schweiz als auch in (Staat) erwerbstätig
Schweiz: angestellt oder selbstständig
Ausland: angestellt oder selbstständig
- in der Schweiz wohnhaft und in einem EG-/EFTA-Mitgliedstaat
 erwerbstätig oder in Elternzeit
- als entsandte/r Arbeitnehmer/in in der Schweiz tätig und von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit
Dauer der Entsendung vom bis
- in der Schweiz wohnhaft und studiere in (Staat)
- in der Schweiz erwerbstätig und halte mich als Grenzgänger/in bzw. Wochenaufenthalter/in in der Schweiz auf, mein Lebensmittelpunkt liegt im Ausland
- Schüler/in, Student/in, Doktorand/in, Praktikant/in oder Stagiaire und absolviere in der Schweiz eine Aus- oder Weiterbildung



- im Besitze einer "Aufenthaltsbewilligung EG/EFTA ohne Erwerbstätigkeit"
- im Besitze einer 90-Tage-Bewilligung
- im Besitze einer 120-Tage-Bewilligung
- im Ausland privat versichert und kann mich in der Schweiz aufgrund meines Alters (über 55 Jahre) und/oder Gesundheitszustandes nicht im bisherigen Umfang versichern
- Bürger/in eines Nicht-EG/EFTA-Mitgliedstaates und gesetzlich versichert
- Rentner/in und beziehe eine Rente aus (Staat)
- in der Schweiz auf Stellensuche/nicht erwerbstätig und beziehe Leistungen der Arbeitslosenversicherung in (Staat)

Ich habe eine/n Ehepartner/in bzw. eine/n registrierte/n Lebenspartner/in und/oder Kinder, die in einem EG- oder EFTA-Mitgliedstaat wohnen

- Ja Nein

Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Staatsangehörigkeit: Krankenversicherung:

Erwerbstätigkeit Ja Nein

1. Kind:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Krankenversicherung: Erwerbstätigkeit Ja Nein

2. Kind:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Krankenversicherung: Erwerbstätigkeit Ja Nein

3. Kind:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Krankenversicherung: Erwerbstätigkeit Ja Nein

4. Kind:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Krankenversicherung: Erwerbstätigkeit Ja Nein

Ort, Datum: Unterschrift: