



Direktion für Inneres und Justiz
Amt für Sozialversicherungen
Abteilung Prämienverbilligung und Obligatorium

Forelstrasse 1
3072 Ostermundigen
+41 31 636 45 00
asv.pvo@be.ch
www.be.ch/pvo

Antrag für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz

Für nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat (Ausübung des Optionsrechts)

Bitte lesen Sie unser Informationsmaterial rund um die Krankenversicherungspflicht in der Schweiz sorgfältig durch, bevor Sie dieses Formular ausfüllen!

1. AntragstellerIn

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich männlich

Adresse in der Schweiz _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse _____

Zivilstand ledig verheiratet/eingetragene Partnerschaft getrennt/geschieden verwitwet

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Nationalität _____

Ich wohne und/oder arbeite in der Schweiz und beantrage eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz für folgende nicht erwerbstätige Familienangehörige¹:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad	Name Krankenkasse	gesetzlich versichert	privat versichert
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wohnadresse der Familienangehörigen _____

Bei Personen, die privat versichert sind, muss die private Krankenkasse die Versicherungsdeckung im Punkt 2 bestätigen.

¹ Als Familienangehörige gelten Ehegatten sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und junge Erwachsene, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und sich in Ausbildung befinden.

2. Private Krankenkasse der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen

Der unterzeichnete Versicherer bestätigt, dass die unter Punkt 1 aufgeführte(n) Person(en) im Wohnstaat und während eines Aufenthaltes in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt ist/sind.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherers

Vollständige Adresse des Versicherers (falls auf Stempel nicht ersichtlich)