

Familie und Sachleistungsaushilfe «Grenzgänger aus Deutschland»

Ergänzende Angaben zu Ihrer Familie mit Wohnsitz in Deutschland

Antragsteller/in

Name

Vorname

Aktueller Arbeitskanton

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, um eine Registrierung zur Sachleistungsaushilfe durchzuführen:

- a) Haben Sie nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland? Ja Nein
Falls ja, bitte Buchstaben b–e ausfüllen. Falls nein, weiter zu Buchstabe e.

- b) Nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland

Ehepartner/in oder eingetragene Partnerschaft

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Unterstützungspflichtiges Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Unterstützungspflichtiges Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nr.

- c) Haben Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen vom separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sich von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreien lassen bzw. wird eine Befreiung erfolgen? Ja Nein

- d) **Nur bei unterstützungspflichtigen Kindern auszufüllen:**

Ist der andere Elternteil im Wohnland erwerbstätig? Ja Nein

Wenn ja, ist eine Versicherung in der Schweiz/im Fürstentum Liechtenstein nicht möglich.

- e) Ich berechne SWICA dazu, die Registrierung für mich und meine mitversicherten Familienangehörigen bei folgender Krankenkasse vorzunehmen und bin mit der Bearbeitung unserer Personendaten durch diese Krankenkasse einverstanden.

Name/Ort der Krankenkasse

Sollte keine Angabe zur aushelfenden Krankenkasse erfolgen, erhalten Sie von uns das Formular S1 zugestellt. Dieses Formular müssen Sie anschliessend selbst bei einer gesetzlichen Krankenkasse im Wohnland einreichen.

Sofern Ihre Familienangehörigen über keine AHV-Nummer verfügen, benötigen wir zur Beantragung zusätzlich nachfolgende Angaben sowie jeweils eine Ausweis-/Reisepasskopie oder eine Kopie der Geburtsurkunde:

Ehepartner/in oder eingetragene Partnerschaft

Vor- und Nachname der Mutter

Vor- und Nachname des Vaters

Unterstützungspflichtiges Kind

Vor- und Nachname des anderen Elternteils

Unterstützungspflichtiges Kind

Vor- und Nachname des anderen Elternteils

Vollmacht zur Familienpolice

Mit Unterzeichnung dieser Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund bestätigt die unterzeichnende Person, dass ein Versicherungsantrag im Verbund gestellt werden soll. Das heisst, es wird ein Antrag für mehrere Personen gestellt, die zusammen eine Familienkonstellation (z.B. Ehemann und Ehefrau inklusive Kinder/Konkubinatspartner/Grosseltern und Enkel) bilden.

Die Versicherungsabwicklung im Verbund bedeutet zudem, dass alle Dokumente (wie z.B. Aufnahmeentscheide, Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen, Leistungsabrechnungen, Versicherungspolice, Versichertenkarten, Steuernachweise, Korrespondenzen zu Leistungsrückstellungen, Versicherungsdeckungen etc.) im Rahmen des Versicherungsverhältnisses als Familienpolice (Familieninkasso) geführt werden und die nachfolgend als Vertragskontakt definierte Person als Zahler/in sämtlicher Prämien der Familienpolice (d.h., der Vertragskontakt ist dafür verantwortlich, dass die Prämien sämtlicher Versicherungsnehmer/innen der Familienpolice gesamthaft einbezahlt werden) und Kostenbeteiligungen sowie als Korrespondenzempfänger/in geführt wird und die Leistungsauszahlungen erhält. Dementsprechend werden jegliche Korrespondenz sowie die darin enthaltenen Angaben, inklusive besonders schützenswerter Personendaten wie Daten über die Gesundheit, von SWICA dem Vertragskontakt zugesendet oder an ihn weitergegeben. Die Zustellung erfolgt grundsätzlich für die gesamte Korrespondenz, inklusive Verfügungen, rechtsverbindlicher Mitteilungen und fristgebundener Entscheide. SWICA lehnt für die Folgen der Preisgabe der Daten durch den Vertragskontakt jegliche Haftung ab und SWICA haftet auch nicht für die Folgen, die sich aus einer allenfalls verzögerten Weiterleitung von Informationen durch den Vertragskontakt an die versicherte Person ergeben. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschriften aller volljährigen
mitversicherten Personen