

E Achtung: Die Zuständigkeit zur Prüfung der Versicherungspflicht liegt bei Ihrer Thurgauer Wohnsitz-/Aufenthaltskommune. Die Formulare/Unterlagen sind bitte bei der dortigen Gemeinde (Krankenkassenkontrollstelle) einzureichen. Besten Dank!

Bestätigung zur Befreiung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz (Art. 2 Abs. 5 Verordnung über die Krankenversicherung KVV)

BESTÄTIGUNG für Arbeitnehmer / Arbeitnehmerinnen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit von der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) befreit sind:

(1) Familienname: _____ Vorname: _____

Bürger/-in von (Staat): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse in der CH: _____

Dauer der Entsendung: vom _____ bis _____

inkl. ev. begleitende Familienmitglieder gemäss Art. 3 Abs. 2 KVV (Name, Vorname):

(2) Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

(3) Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

(4) Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

(5) Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Der unterzeichnenden **Arbeitgeber in der Schweiz** bestätigt, dass die oben genannte/n Person/en während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung über einen gleichwertigen Versicherungsschutz gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) samt dazugehörigen Verordnungen verfügt / verfügen und **er sich als Arbeitgeber verpflichtet**, dafür besorgt zu sein, dass für die oben genannte/n Person/en während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG samt dazugehörigen Verordnungen versichert ist / sind.

Der **unterzeichnende Arbeitgeber ist verpflichtet**, diejenigen Kosten welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz abgedeckt wären, jedoch von der zuständigen ausländischen Krankenkasse nicht vergütet werden, zu übernehmen.

Die vorliegende Bestätigung des Arbeitgebers, sowie die daraus resultierende Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz gelten als definitiv und können so lange die Ausnahmevoraussetzungen erfüllt sind weder vom Arbeitgeber noch von der betreffenden Person widerrufen werden.

Datum: _____ Name der / des Personalverantwortlichen _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers mit Sitz in der Schweiz: