



## Grenzüberschreitende Anstellung

Das Formular muss nur ausgefüllt werden, wenn sich der Wohnsitzstaat und / oder der Arbeitsstaat bei Beginn, bei einer Verlängerung oder während dem Anstellungsverhältnis bei der UZH ausserhalb der Schweiz befindet! Anhand der unten stehenden Angaben wird geprüft, nach welchem Landesrecht die Sozialversicherungen abgerechnet werden müssen.

**Achtung! Gilt nicht für Grenzgänger Deutschland mit Wohnsitz im grenznahen, deutschen Gebiet und Arbeitsort Schweiz.**

### Persönliche Angaben

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Personalnummer \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

### Neuanstellung / Zusätzliche Anstellung / Vertragsverlängerung

Dauer: von – bis \_\_\_\_\_ Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_  
Wohnsitzstaat: Hauptwohnsitz \_\_\_\_\_ Nebenwohnsitz \_\_\_\_\_  
Arbeitsstaat/en \_\_\_\_\_

#### Zusätzliche Erwerbstätigkeit

- Tätigkeit im Ausland für UZH Staat / Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Andere/r Arbeitgeber Staat / Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Handelt es sich hierbei um eine Beamtentätigkeit?  Ja  Nein
- Zusätzliche selbständige Erwerbstätigkeit im Ausland?  Ja  Nein

### Abordnung

Dauer: von – bis \_\_\_\_\_  
Arbeitsstaat \_\_\_\_\_  
Anschrift Arbeitsort \_\_\_\_\_  
Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_  
Anschrift Wohnort \_\_\_\_\_  
Krankenkasse (Name) \_\_\_\_\_ Bei Befreiung KVG, Bestätigung beilegen!

#### Zusätzliche Erwerbstätigkeit

- Tätigkeit im Ausland für UZH Staat / Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Andere/r Arbeitgeber Staat / Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Handelt es sich hierbei um eine Beamtentätigkeit?  Ja  Nein
- Zusätzliche selbständige Erwerbstätigkeit im Ausland?  Ja  Nein

### Änderung Wohnsitzstaat

Dauer: von – bis / ab \_\_\_\_\_  
Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_  
Arbeitsstaat \_\_\_\_\_  
Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_

Jegliche Änderung obiger Angaben muss der Abteilung Personal der UZH umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitarbeitende/r \_\_\_\_\_

Wird durch die Abteilung Personal ausgefüllt

Die/der Mitarbeitende ist dem \_\_\_\_\_ Recht unterstellt.

Eingegangen HRA	Datum _____	Personal-Nr. _____
Kontrolle SOZ	Datum _____	SAP-Erfassung _____