

Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille sans activité lucrative d'un ressortissant de l'UE/AELE, qui résident à l'étranger (sauf en France)

1. Données personnelles concernant la personne travaillant et habitant en Suisse:

Nom

Prénom No AVS

Date de naissance Nationalité Sexe M F

Etat civil Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf / Veuve

Type de permis Permis C Permis B Permis L Permis G Valable dès

Adresse

Nom de l'assureur en Suisse

2. Des membres de votre famille (conjoint, enfant(s) qui n'exercent pas d'activité lucrative résident-ils dans un pays de l'UE ou de l'AELE (sauf CH et France) ? Pour la France, utiliser le formulaire spécial (annexe 4)

Non ⇒ Point No 8 Oui ⇒ Points No 3 et 4

3. Membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative

	Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (m/f)	Nationalité
Conjoint/e
Enfants

Adresse

4. Dans quel pays réside votre famille ?

Ne remplissez que les

Allemagne Autriche Finlande* Italie* ⇒ Points No 5 et 8

Belgique Grèce Luxembourg Irlande Islande Norvège Pays-Bas Chypre
 Rep.Tchèque Estonie Lituanie Lettonie Malte Pologne Slovaquie ⇒ Points No 6 et 8

Slovénie Roumanie Bulgarie

Royaume-Uni Danemark Suède Portugal Liechtenstein Espagne Hongrie ⇒ Points No 7 et 8

5. Assurance en Suisse

Ma famille choisi d'être assurée en Suisse. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée auprès d'un assureur-maladie reconnu au sens de la LAMal et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

Droit d'option

Assurance dans le pays de résidence

Ma famille a opté pour l'assurance dans son pays de résidence. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

* Si le pays de résidence est la Finlande ou l'Italie, une **copie des certificats d'assurance n'est pas nécessaire.**

6. Obligation d'assurance en Suisse

Ma famille est obligatoirement soumise à l'assurance en Suisse. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée en Suisse et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

7. Soumission au système du pays de résidence

Ma famille est soumise automatiquement au système du **pays de résidence** et je ne dois par conséquent pas prouver son affiliation à une caisse maladie.

8. Date et signature

Attention: avant de signer, veuillez prendre connaissance des informations figurant au verso.

Date Signature

A renvoyer à Office communal

Téléphone
fax
E-Mail :

Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours

Membres de la famille