

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

Informations complémentaires importantes

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille habitant à l'étranger et qui n'exercent aucune activité lucrative.

Pour les personnes devant produire des moyens de preuve, c'est-à-dire les personnes concernées par **les points 5 et 6** :

1. Les copies des certificats d'assurance des personnes concernées doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.