



Formulaire

B

**Demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse**

Pour les membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE (exercice du droit d'option)

**Veuillez lire attentivement notre matériel d'information concernant l'assurance-maladie obligatoire en Suisse avant de remplir le présent formulaire!**

A

Requérant/e

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse en Suisse (rue, NPA, localité) \_\_\_\_\_

Assurance-maladie \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Etat civil \_\_\_\_\_ Sexe  f  m

**La personne mentionnée ci-dessus, domiciliée en Suisse, présente une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les membres suivants de sa famille, qui n'exercent pas d'activité lucrative:**

Nom Prénom Date de naissance Degré de parenté Sexe

(1) \_\_\_\_\_  f  m

(2) \_\_\_\_\_  f  m

(3) \_\_\_\_\_  f  m

Adresse du domicile des membres de la famille: \_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_

Signature de la personne requérante \_\_\_\_\_

B

**Caisse-maladie des membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative, domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE**

L'assureur soussigné confirme que la/les personne/s mentionnée/s ci-dessus, aux points 1 à 3, est/sont au bénéfice d'une assurance-maladie pour la période du (JJ.MM.AAAA) \_\_\_\_\_ au (JJ.MM.AAAA) \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (Etat). La couverture d'assurance s'étend aussi aux prestations en Suisse.

Lieu, date \_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'assureur \_\_\_\_\_

Adresse complète de l'assureur (si elle ne figure pas sur le timbre)