



Formulaire

G

**Demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les frontaliers<sup>1</sup> (exercice du droit d'option)**

Personnes au bénéfice d'une autorisation frontalière et membres de leur famille n'exerçant pas d'activité lucrative domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE (excepté la France)

→ Veuillez vous référer au mémento intitulé «Informations à l'intention des frontaliers domiciliés dans un Etat de l'UE ou de l'AELE (à l'exception de la France) exerçant une activité lucrative dans le canton de Berne»

A

Requérant/e

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

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

Adresse dans l'Etat de résidence (rue, NPA, localité) \_\_\_\_\_

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

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

Je demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse à partir du \_\_\_\_\_

### 1. Statut de frontalier

Je suis frontalier/ère dans le canton de Berne depuis le \_\_\_\_\_ (début de l'activité lucrative dans le canton de Berne).

Je n'étais pas frontalier/ère en Suisse auparavant.

Etat dans lequel j'exerçais auparavant une activité lucrative \_\_\_\_\_

Etat de résidence: \_\_\_\_\_

J'étais déjà frontalier/ère en Suisse auparavant.

Date du début de mon activité lucrative en Suisse \_\_\_\_\_

J'ai exercé ma première activité lucrative en tant que frontalier/ère dans le canton de \_\_\_\_\_

Veuillez joindre une copie du recto et du verso de votre autorisation frontalière actuelle.

### 2. Assurance-maladie

Dans mon Etat de résidence, je suis

couvert/e par l'assurance légale. → Veuillez joindre une copie de votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

assuré/e en privé. → L'assurance-maladie privée doit signer le point B du présent formulaire.

<sup>1</sup> Les frontaliers domiciliés en France doivent compléter le formulaire «Choix du système d'assurance-maladie» ([www.be.ch/rpo](http://www.be.ch/rpo) > Formulaire > Généralités).

### 3. Membres de la famille


Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants âgés de moins de 18 ans et les enfants âgés de moins de 25 ans qui suivent une formation.

- Je suis célibataire et n'ai pas d'enfants                       Je suis célibataire et j'ai des enfants  
 Je suis marié/e et n'ai pas d'enfants                       Je suis marié/e et j'ai des enfants  
 Ma famille (conjoint/e exerçant une activité lucrative) est domiciliée dans un Etat de l'UE/AELE.  
 Ma famille (conjoint/e n'exerçant pas d'activité lucrative) est domiciliée en Suisse et je demande également une exemption pour les membres de la famille suivants qui n'exercent pas d'activité lucrative:

Nom	Prénom	Date de naissance	Degré de parenté	Couvert/e par assurance légale en privé	Assuré/e
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse de domicile de la famille: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Justificatif d'assurance-maladie

Couverture par l'assurance légale →  Veuillez joindre une copie de la carte européenne d'assurance maladie.  
Assurance privée → L'assurance-maladie privée doit signer le point B.

<b>B</b>	<b>Assurance-maladie étrangère privée</b> Confirmation de l'équivalence de la couverture d'assurance → un courrier séparé de l'assurance-maladie n'est <u>pas</u> accepté!
----------	---

Nom et prénom du requérant/de la requérante \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Membres de la famille assurés, n'exerçant pas d'activité lucrative:

Nom	Prénom	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

L'assurance-maladie soussignée confirme que la/les personne/s mentionnée/s ci-dessus est/sont couverte/s en cas de maladie dans l'Etat de résidence et durant un séjour dans un autre Etat de l'UE ainsi qu'en Suisse pour la période

du (JJ.MM.AAAA) \_\_\_\_\_ au (JJ.MM.AAAA) \_\_\_\_\_.

L'assurance-maladie confirme que la couverture de l'assurance-maladie légale de l'Etat de résidence est équivalente à celle de la personne/des personnes assurée/s.

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

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature de l'assurance-maladie

\_\_\_\_\_  
Adresse complète de l'assurance-maladie (si elle ne figure pas sur le timbre)

<b>C</b>	<b>Signature de la personne requérante</b>
----------	--

Par ma signature, je confirme avoir rempli le présent formulaire de manière conforme à la vérité.

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

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

 **Nous vous remercions de penser à joindre les documents suivants:**

- Copie de l'autorisation frontalière (recto et verso)
- Personnes couvertes par l'assurance légale: copie de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)