



Formulaire

G1

Demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les frontaliers¹ (exercice du droit d'option)

Personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour L et membres de leur famille n'exerçant pas d'activité lucrative domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE

→ 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» ou au mémento intitulé «Informations à l'intention des frontaliers domiciliés en 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 _____ Sexe f m

célibataire marié/e séparé/e ou divorcé/e veuf/veuve en concubinage

Adresse de ma famille, de mon/ma partenaire ou de mon/mes enfant(s) _____

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

1. 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.

2. Adresse principale/conditions de logement

Mon adresse principale est la suivante (rue, NPA, localité, pays) _____

J'y habite

- seul/e avec ma/mon conjoint/e en concubinage
 en tant que propriétaire en tant que locataire

→ Veuillez joindre une copie de l'attestation de domicile.

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

3. Moyen de transport et fréquence des retours à domicile

- Voiture Train Durée du voyage (trajet simple): _____ heures
- Chaque jour Chaque semaine Toutes les 15 jours Une fois par mois

➔ Une preuve écrite (p. ex. titre de transport) peut être requise.

4. 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. (CEAM)

Assurance privée ➔ L'assurance-maladie privée doit signer le point B.

B	Assurance-maladie étrangère privée 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 (à la p. 2) 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)

C	Signature de la personne requérante
----------	--

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 de séjour L
- Personnes couvertes par l'assurance légale: copie de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
- Copie de l'attestation de domicile de votre Etat de résidence