

Couverture d'assurance-maladie des travailleurs titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie*, Autriche

1. Données personnelles concernant le ou la travailleur/se :

Nom _____
 Prénom _____ No AVS _____
 Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F
 Etat civil ☐ Célibataire ☐ Marié/e ☐ Séparé/e ☐ Divorcé/e ☐ Veuf / Veuve
 Adressé _____
 Employeur _____
 Adresse de l'employeur _____

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

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

Adresse _____

3. Attestation de la couverture d'assurance-maladie

En tant que ressortissant de l'Union européenne, titulaire d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), domicilié en Allemagne, Italie* ou Autriche, je choisis :

☐ **Assurance en Suisse**

J'apporte ici la preuve que je suis assuré en Suisse et je joins une **copie du(des) certificat(s) d'assurance**.

☐ **Assurance dans le pays de résidence (exercice du droit d'option)**

J'affirme par la présente avoir gardé mon domicile à l'étranger et y retourner régulièrement.

J'apporte ici la preuve que je suis assuré dans mon pays de résidence (carte européenne d'assurance-maladie). A défaut de carte européenne, j'apporte le formulaire d'équivalence dûment complété.

* Les personnes résidant en **Italie** étant soumises automatiquement, elles ne doivent par conséquent pas joindre de copie de certificat

Si les membres de famille, qui résident dans mon pays d'origine, n'exercent pas d'activité lucrative, je joins également la preuve de leur affiliation.

Le choix du travailleur est également valable pour les membres de sa famille sans activité lucrative.

Exception : les membres de famille sans activité lucrative des ressortissants allemands, domiciliés en Allemagne, peuvent choisir d'exercer ou non leur droit d'option, indépendamment du choix du titulaire du permis L-CE.

4. Date et signature

Date _____

Signature _____

A renvoyer à Office communal

Téléphone _____

Fax _____

E-Mail : _____