



Choix du système d'assurance-maladie applicable

Formulaire de déclaration du choix du système d'assurance-maladie applicable et de demande d'exception de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie en Suisse à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale - en application de l'Annexe XI du règlement (CE) n°883/2004, ch. 3, let. b sous « Suisse », de l'art. 2, al. 6 OAMal et de l'Art. L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français.

Le présent formulaire doit être déposé auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale ou de la domiciliation en France.

Il vaut également pour les membres de la famille non-actifs.

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable.

Procédure

Pour le/la travailleur/euse frontalier/ière (veuillez lire attentivement les points 1 à 4)

1. Compléter les parties 1, 2 et 4
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 7 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir : **l'institution compétente pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire du canton de travail** (liste disponible sous www.bag.admin.ch <Thèmes <Assurance maladie <Obligation de s'assurer <Suisse <Exemption)

Pour la personne titulaire d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

(veuillez lire attentivement les points 1 à 4)

1. Compléter les parties 1, 3 et 4. Une copie de la décision d'octroi de la rente suisse ou une attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice doit être jointe au présent formulaire
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 7 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir : **Institution commune LAMal**, Gibelinstrasse 25, 4503 Soleure, www.kvg.org

1. Données personnelles

Nom(s) : Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) .. / .. / ..

Prénom(s) : Nationalité :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Etat-civil : Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf/veuve Autre :

Numéro AVS : 756 . ____ . ____ . ____ Numéro d'immatriculation (NIR) :

2. À compléter par le/la travailleur/euse frontalier/ière

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Date de la prise d'activité : (JJ/MM/AAAA) .. / .. / .. Lieu de travail :

Date de prise de domicile en France : (JJ/MM/AAAA) .. / .. / ..

3. À compléter par les personnes bénéficiaires d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

Type : Assurance vieillesse et survivants AVS Assurance-invalidité AI
 Assurance-accidents AA Prévoyance professionnelle PP
 Assurance militaire AM

Date d'octroi : (JJ/MM/AAAA) / / Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) / /

**Joindre une copie de la décision d'octroi de rente
ou une attestation de rente de l'institution suisse débitrice**

4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal)

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité et **je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse, ou une copie du formulaire S1 émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.**

Lieu, date : Signature :

En cas d'affiliation à la LAMal, je restitue à la CPAM de mon lieu de résidence ma carte Vitale et celles de mes ayants droit.

6. Affiliation à l'Assurance maladie en France

Je choisis de m'affilier pour les soins en cas de maladie ou de maternité à l'Assurance maladie française sur critère de résidence et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je certifie que les informations portées sur ce formulaire sont exactes.

Lieu, date : Signature :

7. Cette partie DOIT OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS être complétée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence avant d'être retournée à l'autorité compétente suisse

Adresse:

Lieu, date : Cachet et signature :

IMPORTANT : ce formulaire doit impérativement comporter des cachets et des signatures originaux et être adressé par courrier postal à l'autorité compétente suisse (les copies, les fax et les envois par messagerie ne sont pas acceptés).

Il est recommandé d'effectuer une copie de ce formulaire avant de le retourner à l'autorité compétente suisse