

**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

Adresse .....

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

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

**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 :

**Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours**

## Informations complémentaires importantes

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille qui n'exercent pas d'activité lucrative.

En ce qui concerne les copies des certificats d'assurance, veuillez prendre note que :

1. Les copies des certificats d'assurance des personnes concernées doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.