



## 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.  
 ÷ 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](http://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](http://www.kvg.org)

### 1. Données personnelles

Nom(s) : ..... Date de naissance : | | | | | | | | | |

Prénom(s) : ..... Nationalité : .....

Adresse : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

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

Numéro AVS : 756 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ N° 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 : | | | | | | | | | | Lieu de travail : .....

Date de prise de domicile en France : | | | | | | | | | |

