



## Choix du système d'assurance-maladie

*Formulaire de choix du système d'assurance-maladie 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.*

Lire attentivement la procédure, en page 3.

Motif de l'exercice du choix du système d'assurance-maladie :

- j'exerce ce choix pour la première fois (prise d'activité en Suisse, prise de domicile en France ou octroi d'une rente du régime suisse de sécurité sociale)
- je modifie mon choix du système d'assurance-maladie précédemment effectué, car
- je reprends une activité en Suisse
  - je reprends domicile en France
  - je passe du statut de travailleur à celui de pensionné

je suis assuré/e au régime français de l'assurance maladie, je n'ai à ce jour pas déposé formellement de demande d'exemption de l'assurance-maladie suisse et je demande à être exempté/e de l'assurance-maladie suisse dans le cadre de l'accord bilatéral du 7 juillet 2016 (possible jusqu'au 30 septembre 2017)

*La procédure est identique à celle décrite en p. 3, le délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale ou de la domiciliation en France n'est toutefois pas applicable à ce cas particulier. Comme vous êtes déjà assuré/e au régime français de l'assurance maladie, il n'est pas nécessaire de joindre les documents en vue d'une affiliation en France mentionnés à la p. 4.*

### 1. Données personnelles

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

Prénom(s) : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Numéro AVS : 756 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale française : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### 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 domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### 3. À compléter par la personne bénéficiaire exclusivement 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) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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. Choix du système d'assurance-maladie (cocher la case)**

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

**Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse.** 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.

**OU**

Affiliation au régime français de l'assurance maladie

**Je choisis de m'assurer au régime français de l'assurance maladie et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option) et je joins les documents nécessaires selon ma situation (voir en page 4).**

*Mon espace personnel sur ameli.fr n'est pas encore ouvert et j'en demande l'ouverture*

**L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable** sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice (voir en page 4).

**Par ma signature, j'atteste sur l'honneur que toutes les informations portées sur ce formulaire sont exactes et je donne mon accord à la communication de l'exemption à l'Institution commune LAMal, qui transmettra cette information aux services français compétents.**

La loi française rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313- 1à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Lieu, date : ..... Signature : .....

**6. 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 de la CPAM : .....

.....

Date de réception de la demande du choix de l'assuré/e : (JJ/MM/AAAA) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cachet et signature de la CPAM : .....

**7. Exemption de l'obligation d'assurance en Suisse**

**À remplir, le cas échéant, par l'autorité compétente suisse pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire.**

La/les personnes/s mentionnée/s ci-dessus sont exemptée/s de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie :

Lieu, date : .....

Cachet et signature de l'autorité compétente suisse : .....

**A votre demande, l'autorité compétente suisse peut vous fournir une attestation de l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Les personnes dont la demande d'exemption n'est pas acceptée sont contactées par l'autorité compétente suisse, qui procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.**