



Direction de l'intérieur et de la justice  
Office des assurances sociales  
Service de la réduction des primes et  
de l'application du régime obligatoire

Forelstrasse 1  
3072 Ostermundigen  
+41 (0)31 636 45 00  
asv.pvo@be.ch  
[www.be.ch/rpo](http://www.be.ch/rpo)

## Demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse

Pour les membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE (exercice du droit d'option)

Veuillez lire attentivement notre matériel d'information concernant l'assurance-maladie obligatoire en Suisse avant de remplir le présent formulaire!

### 1. Personne requérante

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Sexe  féminin  masculin

Adresse en Suisse \_\_\_\_\_

NPA / localité \_\_\_\_\_

Caisse-maladie \_\_\_\_\_

Etat civil  célibataire  marié/e ou lié/e par un partenariat enregistré  séparé/e, divorcé/e ou partenariat dissous  veuf/veuve

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

La personne mentionnée ci-dessus, domiciliée en Suisse, présente une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les membres suivants de sa famille<sup>1</sup>, qui n'exercent pas d'activité lucrative:

Nom	Prénom	Date de naissance	Degré de parenté	Nom de la caisse-maladie	Assurance légale	Assurance privée
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse du domicile des membres de la famille \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants âgés de moins de 18 ans et les jeunes adultes âgés de moins de 25 ans qui suivent une formation.

Dans le cas de personnes disposant d'une assurance privée, leur caisse-maladie doit confirmer la couverture d'assurance au point 2.

**2. Caisse-maladie privée des membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative**

L'assureur soussigné confirme que la/les personne/s mentionnée/s ci-dessus, au point 1, est/sont au bénéfice d'une assurance-maladie dans son/leur Etat de résidence et qu'elle/s est/sont couverte/s en cas de maladie pendant un séjour en Suisse.

Lieu, date

Timbre et signature de l'assureur

---

---

Adresse complète de l'assureur (si elle ne figure pas sur le timbre)