

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

Type de rente : 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 :

6. Affiliation à la Couverture Maladie Universelle – CMU

Je choisis de m'assurer pour les soins en cas de maladie en France à la CMU et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité.

Lieu, date : Signature :

7. Affiliation auprès d'un assureur-maladie français privé et attestation à compléter par l'assureur-maladie privé

7.1 Je choisis de m'assurer pour les soins en cas de maladie en France auprès d'un assureur-maladie privé et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité. **Je restitue ma carte Vitale et celles de mes ayants-droit lorsque je présente ce formulaire à la CPAM de mon lieu de résidence pour validation.**

Lieu, date : Signature :

7.2 L'assureur privé soussigné confirme que la/les personne/s mentionnée/s dans le présent formulaire est/sont assurée/s pour les soins en cas de maladie en France et couverte/s durant un séjour dans un Etat membre de l'UE, ainsi qu'en Suisse. L'assureur confirme que cette couverture est équivalente à la couverture de l'assurance-maladie légale française.

Nom et adresse de l'assureur :

Lieu, date : Cachet et signature de l'assureur :

8. CETTE PARTIE DOIT OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS ETRE COMPLÉTÉE PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE AVANT D'ETRE RETOURNÉE A L'AUTORITE COMPETENTE SUISSE

Adresse:

Lieu, date : Cachet et signature :

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