



Contrôle de l'Habitant de Montana & Randogne

Imm. Cécil - CP 291 - 3962 Montana - Tél. 027/481.81.81 Fax. 027/481.81.82

police.montana@admin-cransmontana.ch

Guichets lundi-venredi 10h-12h et 14h-16h



Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille d'un ressortissant de la CE ou de l'AELE qui réside à l'étranger

1. Données personnelles concernant la personne travaillant et habitant en Suisse :

Nom : Prénom : No AVS :

Date de naissance : Nationalité : Sexe : M F

Etat civil : Type de permis : C B L Valable dès

Adresse :

.....

Nom de l'assureur en Suisse :

2. Des membres de votre famille (conjoint, enfant(s)) qui n'exercent pas d'activité lucrative résident-ils dans un pays membre de la CE ou de l'AELE (mais pas en Suisse) ?

Non ⇒ Point No 8 Oui ⇒ Point No 3 et 4

3. Membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative

Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (m/f)	Nationalité
Conjoint(e).....
Enfants
.....
.....
.....
Adresse
.....

4. Dans quel pays réside votre famille ? (sans activité lucrative)

Ne remplissez que les

- Allemagne France Finlande* Italie* Autriche ⇒ Points 5 et 8
 Belgique Grèce Luxembourg Irlande Islande Norvège Pays-Bas ⇒ Points 6 et 8
 UK Danemark Suède Portugal Liechten. Espagne ⇒ Points 7 et 8

5. Droit d'option

Assurance en Suisse

- Ma famille a opté pour l'assurance en Suisse.
 J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée en Suisse et je joins une copie des certificats d'assurance.

Assurance dans le pays de résidence

- Ma famille a opté pour l'assurance dans son pays de résidence. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée et je joins une copie des certificats d'assurance.

* Si le pays de résidence est la Finlande ou l'Italie, une copie des certificats d'assurance n'est pas nécessaire.

6. Obligation d'assurance en Suisse

- Ma famille est obligatoirement soumise à l'assurance en Suisse. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée en Suisse et je joins une copie des certificats d'assurance.

7. Soumission au système du pays de résidence

- Ma famille est soumise automatiquement au système du pays de résidence et je ne dois par conséquent pas prouver son affiliation à une caisse-maladie.

8. Date et signature (avant de signer, veuillez prendre connaissance des information figurant au verso)

Date Signature

Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours au Contrôle de l'Habitant de Montana & Randogne