



Formulaire uniquement réservé au travailleur frontalier ou à la travailleuse frontalière résidant en Allemagne, en Italie ou en Autriche

1. Données personnelles concernant le ou la travailleur/se frontalier/ère:

Nom _____ E-mail _____
 Prénom _____ N° tél. _____
 Date de naissance ----- Nationalité _____ Sexe M F
 Etat civil Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf / Veuve
Loi fédérale sur le partenariat enregistré entre personnes du même sexe (Lpart)
 Lié par un partenariat enregistré Partenariat dissous judiciairement Partenariat dissous par décès Partenariat dissous ensuite de déclaration d'absence
 Adresse privée _____
 Nom employeur _____
 Adresse de l'employeur _____

2. Doivent figurer dans cette rubrique, les membres de la famille à la charge du travailleur/se frontalier/ère qui n'exercent pas d'activité lucrative résidant en Allemagne, en Italie ou en Autriche. Ne pas mentionner les enfants si l'un des parents travaille dans le pays de résidence.

	Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (M/F)	Nationalité
Conjoint / e / Partenaire	_____	_____	_____	_____	_____
Enfants	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
Adresse	_____				

3. Droit d'option

En tant que travailleur/se frontalier/ère, je choisis :

A **l'assurance en Suisse (LAMal)**

J'apporte la preuve d'être assuré en Suisse auprès du même assureur que les éventuels membres de ma famille sans activité lucrative.

A cet effet, je joins une **copie de mon / leurs certificat(s) d'assurance LAMal valable(s) pour l'année en cours.**

Cette obligation d'affiliation au même régime d'assurance-maladie ne s'applique pas pour les personnes résidant en **Allemagne**.

B **d'opter pour l'assurance dans mon pays de résidence**

J'apporte la preuve d'être assuré dans mon pays de résidence avec les éventuels membres de ma famille sans activité lucrative.

A cet effet, je joins une **copie de mon / leurs certificat(s) d'assurance valable(s) pour l'année en cours.**

Cette obligation d'affiliation au même régime d'assurance-maladie ne s'applique pas pour les personnes résidant en **Allemagne**.

4. Date et Signature

Attention: avant de signer, veuillez prendre connaissance des informations figurant au verso.

Date : Signature :

A renvoyer au : Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	Téléphone : 022 546 19 00 Fax : 022 546 19 19 E-mail : SAM@etat.ge.ch
--	---

L'original de ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans le délai fixé par le courrier joint (les fax, les copies ainsi que les envois par messagerie ne sont pas acceptés).



Informations complémentaires importantes

Votre choix de système d'assurance maladie est irrévocable durant toute la période de validité de votre statut de frontalier.

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille qui n'exercent pas d'activité lucrative.

En ce qui concerne les copies des certificats d'assurance, veuillez prendre note que :

1. Les copies des certificats d'assurance valables pour l'année en cours doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, vous serez, ainsi que les membres de votre famille concernés, affiliés d'office dans le système de l'assurance-maladie suisse. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation d'affiliation d'office.

L'organe de sécurité sociale de votre pays de résidence est habilité à contrôler votre affiliation pour l'assurance des soins. C'est pourquoi, il est indispensable que vous conserviez une copie de ce formulaire afin d'être en mesure de faire la preuve de votre choix de système d'assurance.