|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité de l’assuré-e** *(en caractères d'imprimerie)* | | | |
| Nom(s) | | | |
| Prénom(s) | | | |
| Rue, numéro | | | |
| Numéro postal, Localité | | | |
| Date de naissance | Nationalité | | Sexe  M  F |
| État civil  célibataire  marié-e  séparé-e  divorcé-e  veuf/veuve | | | |
| Si étranger, type de permis  livret C  livret B  livret L Valable dès le | | | |
| Statut/but du séjour  étudiant-e  stagiaire  enseignant-e  travailleur-se expatrié-e  autre | | | |
| École/employeur | | Date de la fin du séjour en Suisse | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Membres de la famille pour lesquels la dispense d’assurance est également sollicitée** (*en caractères d'imprimerie)* | | | | |
| Nom(s) | Prénom(s) | Date de naissance | Sexe : M ou F | Degré de parenté |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Etendue de la couverture**

L’assureur soussigné atteste que la ou les personnes mentionnées bénéficient, durant leur séjour en Suisse, d’une couverture d’assurance-maladie et accidents équivalente à celle offerte dans le cadre de l’assurance obligatoire des soins, conformément aux articles 25 à 31 LAMal.

**Période de couverture**

Date du début de la couverture :       Date de l’échéance de la couverture :

**Obligation d’annonce**

L’assuré-e et l’assureur s’engagent à communiquer à l’autorité communale une éventuelle résiliation anticipée de même que toute modification de la couverture d’assurance.

**Lieu et date  Signature de l’assuré**

**Lieu et date Timbre et signature de l’assureur**