|  |
| --- |
| **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**