



**Office vaudois  
de l'assurance-maladie  
(OVAM)**

Route des Plaines-du-Loup 1  
1014 Lausanne

**Couverture d'assurance-maladie du (de la) travailleur(se) frontalier(ère) de la communauté européenne résidant en Allemagne, en Italie ou en Autriche**

**1. Données personnelles concernant le (la) travailleur(se) frontalier(ère) :**

Nom : .....

Prénom : ..... N° AVS : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : ..... Sexe :  M  F

Etat civil :  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Adresse : .....

Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

**2. Données concernant les membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative résidant en Allemagne, en Italie ou en Autriche :**

	Nom :	Prénom(s) :	Naissance :	Sexe (M/F) :	Nationalité :
Conjoint / e :	.....	.....	.....	.....	.....
Enfants :	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
Adresse :	.....				

**3. Droit d'option :**

Le travailleur frontalier ainsi que, le cas échéant, les membres de sa famille cités ci-dessus, opte (optent) pour l'

**Assurance en Suisse**

J'apporte ici la preuve je suis (nous sommes) assuré(s) en Suisse et je joins une **copie du(des) certificat(s) d'assurance.**

**Assurance dans le pays de résidence**

J'apporte ici la preuve que je suis (nous sommes) assuré(s) dans mon pays de résidence et je joins une **copie du(des) certificat(s) d'assurance.**

Les personnes résidant en **Italie** étant soumises automatiquement, elles ne doivent par conséquent pas joindre de copie de certificat.

**Le choix du travailleur frontalier est également valable pour les membres de sa famille sans activité lucrative**

**4. Date et Signature :**

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

Date : ..... Signature : .....

**Ce formulaire doit être impérativement renvoyé à**

Office vaudois de l'assurance-maladie, Route des Plaines-du-Loup 1 – 1014 Lausanne  
T 021/557.47.47 – F 021/557.47.50 – www.vd.ch/obligation-assurance



## **Informations complémentaires importantes**

**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 des personnes indiquées sur le formulaire doivent être obligatoirement jointes à votre envoi ;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.