



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXEMPTION A L'ASSURANCE-MALADIE SUISSE DESTINE
AUX DOMESTIQUES PRIVES ASSURES DANS L'ETAT DE L'EMPLOYEUR
OU DANS UN ETAT TIERS AU SENS DE L'ARTICLE 6, ALINEA 2,
DE L'ORDONNANCE SUR L'ASSURANCE-MALADIE (OAMal)**

1. Données personnelles du/de la domestique privé/e

| | | | | | | |
|---------------|----------------------|--------------|----------------------|----------|----------------------------------|----------------------|
| Nom(s) : | <input type="text"/> | Prénom(s) : | <input type="text"/> | | | |
| Né(e) le : | <input type="text"/> | Etat civil : | <input type="text"/> | Tél. : | <input type="text"/> | |
| Nationalité : | <input type="text"/> | Sexe : | <input type="text"/> | CDL No : | <input type="text" value="F 0"/> | |
| Rue : | <input type="text"/> | | | | N° | <input type="text"/> |
| Code postal : | <input type="text"/> | Ville : | <input type="text"/> | Pays : | <input type="text"/> | |

2. Demande d'exemption au système d'assurance-maladie suisse et signature

Je demande à être exempté/e du système d'assurance-maladie suisse. Je joins à la présente demande une copie de la carte de légitimation (recto-verso), une copie de l'attestation d'assurance-maladie étrangère et le formulaire de « Contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » dûment complété, daté et signé par l'assureur étranger.

| | | | |
|-------------|----------------------|--------|----------------------|
| Lieu : | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |
| Signature : | <input type="text"/> | | |