



CH-3003 Bern, BAG A-Priority

An die KVG-Versicherer,
ihre Rückversicherer und die Gemeinsame
Einrichtung KVG,

An die Kantonsregierungen und die
für die Kontrolle der Versicherungspflicht
zuständigen kantonalen Stellen

Referenz/Aktenzeichen: 510.0008-2/09.002440/903407/ + 510.0008-6/13.000621/891780/

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: PHE/PMC

Bern, 2. Mai 2013

Revision der Note conjointe zur Ausübung des Optionsrechts im Bereich Krankenversicherung mit Frankreich; Einführung eines einheitlichen *ad-hoc* Formulars

Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden

Sehr geehrte Damen und Herren

Nachstehend finden Sie Informationen über die Revision der Note conjointe zur Ausübung des Optionsrechts im Bereich Krankenversicherung mit Frankreich und die Einführung eines einheitlichen *ad-hoc* Formulars sowie einen Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz und ihre Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden.

I. Revision der Note conjointe zur Ausübung des Optionsrechts im Bereich Krankenversicherung mit Frankreich; Einführung eines einheitlichen *ad-hoc* Formulars

Nach der 3. Aktualisierung des Anhangs II zum Freizügigkeitsabkommen (FZA) und der Übernahme der neuen Koordinationsregeln in der Sozialversicherung durch die Schweiz wurde die "Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne" (Note conjointe), welche zwischen den französischen und schweizerischen Behörden im Jahre 2008 bereits verabschiedet wurde (vgl. unser Informationsschreiben vom 5. März 2008), aktualisiert. Diese revidierte Note conjointe, welche am 1. Februar 2013 in Kraft getreten ist, ersetzt alle früheren Dokumente, welche die Modalitäten der Ausübung des Optionsrechts zwischen der Schweiz und Frankreich regelten. Sie finden dieses Dokument (zusammen mit dem *ad-hoc* Formular) im Anhang, sowie auf unserer Internetseite ([Link](#), siehe unter Zf. 1.1) und derjenigen des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) www.bsv.admin.ch unter der Rubrik "[Internationales](#)" => [Beratung/FAQ](#).

1. Verfahren zur Ausübung des Optionsrechts und *ad-hoc* Formular

Um die Zusammenarbeit zwischen den französischen und den schweizerischen Institutionen zu erleichtern, haben das BSV und das BAG zusammen mit den französischen Behörden ein neues Verfahren zur Ausübung des Optionsrechts konzipiert und dessen Modalitäten im Rahmen der neuen Note conjointe präzisiert. Neu ist das Optionsrecht mit einem einheitlichen Formular « **Choix du système d'assurance-maladie applicable** » (Wahl des anwendbaren Krankenversicherungssystems) auszuüben. Dieses in Zusammenarbeit mit den Mitgliedkantonen der "Groupe latin des assurances sociales" (GLAS) erarbeitete Formular hat zum Ziel, das Verfahren in Zusammenhang mit der Ausübung des Optionsrechts zu vereinheitlichen. Es ist Bestandteil der neuen Note conjointe. Wir werden Ihnen per E-Mail eine elektronische Fassung dieses Formulars, das online ausgefüllt werden kann, zukommen lassen, damit Sie es den Betroffenen auch auf Ihrer Internetseite zur Verfügung stellen können.

1.1. Bezug des Formulars "Choix du système d'assurance applicable"

Ab sofort muss jede in Frankreich wohnhafte Person, welche die Voraussetzungen zur Ausübung des Optionsrechts erfüllt und dieses Recht ausüben will, das obenerwähnte Formular ausfüllen. Personen, die bis anhin in Frankreich unterstellt waren, neu in der Schweiz versicherungspflichtig sind und ihr Optionsrecht nicht ausüben möchten - d.h. diese Personen versichern sich nach KVG - müssen dieses Formular ebenfalls ausfüllen. Sie haben im Formular anzugeben, dass sie sich für das schweizerische System entscheiden. Dieses Formular muss bei den kantonalen zuständigen Behörden, bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG) oder bei den Krankenversicherern erhältlich sein. Es wird zudem auf der Internetseite des BAG verfügbar sein unter www.bag.admin.ch => Themen => Krankenversicherung => [Internationales/EU/EFTA => Versicherungspflicht](#). Da dieses Formular auch für die Familienangehörigen gilt, wird nur ein Formular pro Familie abgegeben.

1.2. Obliegenheiten des Betroffenen¹

Den Beweis des Abschlusses einer Versicherung in Frankreich zu erbringen, obliegt der Person, welche über ein Optionsrecht verfügt und dieses Recht ausüben möchte. Die Grenzgänger füllen die Teile 1 und 2 (sowie Teil 4 für ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen) aus. Die Rentner füllen die Teile 1 und 3 (sowie Teil 4 für ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen) aus. Sie geben ihre Wahl im Bereich Krankenversicherung (Couverture maladie universelle/CMU oder französische Privatversicherung - Teile 6 und 7) an und lassen ihre Versicherungsdeckung auf diesem Formular bestätigen. Die bis anhin in Frankreich versicherte Person, die das KVG-System wählt, füllt den Teil 5 aus. Das ausgefüllte Formular muss zwingend durch die Caisse primaire d'assurance maladie française (CPAM) visiert werden, bevor es **innerhalb von drei Monaten** nach Entstehung des Optionsrechts der schweizerischen zuständigen Behörde (GE KVG für die Rentner und kantonale Behörde für die Grenzgänger) zurückgeschickt wird. **Wenn der Betroffene vor der Ausübung des Optionsrechts in der Schweiz versichert war, muss er eine Kopie des durch die CPAM visierten Formulars seiner Krankenkasse schicken**, damit die Versicherung beim Schweizer Versicherer ohne Unterbrechung der Versicherungsdeckung endet. Wenn das Befreiungsgesuch abgelehnt wird, muss der Betroffene die CPAM und gegebenenfalls die betroffene schweizerische Krankenkasse darüber informieren.

1.3. Aufgaben der Kantone

Gemäss Artikel 6 und 6a KVG sowie Artikel 10 KVV gehört es zu den Aufgaben der Kantone, die versicherungspflichtigen Personen zu informieren, für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen und über die Befreiungsgesuche zu entscheiden. Die Kantone geben den Betroffenen das Formular ab. Sie sind dafür besorgt, dass die **Grenzgänger** das Formular korrekt ausfüllen, und es innerhalb von drei Monaten (vgl. unten Zf. 1.6) zurückschicken. Bei **Personen, die nach Frankreich umziehen und weiterhin dem Obligatorium in der Schweiz unterstehen und die von ihrem Optionsrecht Gebrauch machen**, endet die Versicherung in der Schweiz erst, wenn der Versicherungsschutz beim neuen Versicherer besteht und der Versicherte den Nachweis nach dem unter Ziffer 1.2 beschriebenen Verfahren erbringt. Wenn die Kantone das Formular abgeben, informieren sie diese Personen, dass sie ihrer Krankenkasse eine Kopie des durch die CPAM visierten Formulars zurückschicken müssen, damit die Versicherung in der Schweiz endet.

¹Folgende Personen, die in Frankreich wohnen und ihr Optionsrecht ausüben möchten, müssen auch das Formular ausfüllen: Bezüger eines schweizerischen Arbeitslosengeldes, nicht erwerbstätige Familienmitglieder eines krankenversicherungspflichtigen Aufenthalter in der Schweiz, Personen mit Tätigkeiten in mehreren Ländern, die in der Schweiz unterstellt sind.

Stellt die kantonale Behörde fest, dass die Bedingungen für die Ausübung des Optionsrechts nicht erfüllt sind, lehnt sie das Befreiungsgesuch ab. Sie informiert den Betroffenen darüber und setzt ihm eine Frist, um sich in der Schweiz zu versichern. Nach unbenutztem Ablauf dieser Frist muss der Kanton diese Person einer schweizerischen Krankenkasse zuweisen.

1.4 Aufgaben der GE KVG

Gemäss Artikel 18 Absatz 2^{bis} KVG entscheidet die GE KVG über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern sowie deren Familienangehörigen, die in einem EU/EFTA-Staat wohnen. Die GE KVG gibt den Rentnern, die sich in Frankreich versichern wollen, das Formular ab und ist dafür besorgt, dass die Rentner das Formular korrekt ausfüllen und es innerhalb von drei Monaten (vgl. unten Zf. 1.6) nach dem Wegzug nach Frankreich oder dem Erhalt der ersten Rente zurückschicken. Wenn die GE KVG das Formular abgibt, informiert sie den Versicherten, dass er seiner Krankenkasse eine Kopie des durch die CPAM visierten Formulars zurückschicken muss, damit die Versicherung in der Schweiz endet.

Stellt die GE KVG fest, dass die Bedingungen für die Ausübung des Optionsrechts nicht erfüllt sind, lehnt sie das Befreiungsgesuch ab und informiert den Betroffenen, dass er in der Schweiz versicherungspflichtig bleibt. Ist der Betroffene nicht in der Schweiz versichert, setzt sie ihm eine Frist, um sich in der Schweiz zu versichern. Nach unbenutztem Ablauf dieser Frist muss die GE KVG diese Person einer schweizerischen Krankenkasse zuweisen.

1.5 Aufgaben der Krankenversicherer

Es obliegt den Versicherern, die bei ihnen bisher versicherten Personen bei einem Wegzug nach Frankreich über die Fortdauer der Versicherungspflicht (Art. 7b KVV) bzw. über die Möglichkeit des Optionsrechts zu informieren. Dabei sind folgende Konstellationen zu unterscheiden:

- Wenn der Versicherte versicherungspflichtig bleibt (z.B. weil er in der Schweiz erwerbstätig ist oder bei ausschliesslichem Bezug einer Schweizer Rente) und **von seinem Optionsrecht nicht Gebrauch machen will, darf der Krankenversicherer ihn nicht aus der Versicherung entlassen**. Ist der Versicherte bei einem Krankenversicherer versichert, der die Versicherung in Frankreich nicht durchführt, dann muss sein Vertrag aufgelöst werden. Der Versicherte muss zu einem Versicherer wechseln, der die Versicherung in Frankreich durchführt. Die Voraussetzungen von Artikel 7 Absatz 5 KVG, welche einen lückenlosen Versicherungsschutz garantieren, müssen eingehalten werden.
- Wenn der Versicherte **sein Optionsrecht ausübt** und sich in Frankreich versichert, darf die schweizerische Versicherung erst aufgelöst werden, wenn der Versicherungsschutz beim neuen Versicherer besteht (Art. 5 Abs. 3 i. V. mit Art. 7 Abs. 5 KVG) und der Versicherte den Nachweis nach dem unter Ziffer 1.2 beschriebenen Verfahren erbringt.
- Ein in Frankreich wohnhafter Schweizer Rentner, der gleichzeitig Anspruch auf eine französische Rente hat, muss sich in Frankreich versichern. Somit braucht er nicht durch die GE KVG befreit zu werden. In diesem Fall endet die Versicherung, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht (Art. 5 Abs. 3 KVG).

Wichtiger Hinweis an die Krankenkassen

Wenn die Krankenkasse das Formular einem Versicherten abgibt, der nach Frankreich umzieht, informiert sie den Versicherten, **dass er ihr eine Kopie des durch die CPAM visierten Formulars zurückschicken muss, damit die Versicherung in der Schweiz endet**. Solange der Versicherte keine Kopie des ausgefüllten Formulars zurückgeschickt hat, bleibt er bei der Krankenkasse versichert.

Während dieser Übergangszeit ist es nicht erforderlich, eine Bescheinigung S1 abzugeben und die EU-Prämien anzuwenden. Der Versicherer sollte jedoch bei der Übernahme der medizinischen Leistungen, die vom Versicherten in Frankreich - unter Vorweisung der europäischen Krankenversicherungskarte - während dieser Zeit bezogen werden, flexibel sein. Wenn der Versicherte das korrekt ausgefüllte Formular innerhalb von drei Monaten (vgl. unten Zf. 1.6) nicht zurückschickt, kann der Schweizer Versicherer davon ausgehen, dass der Betroffene sein Optionsrecht nicht ausgeübt hat, und er teilt ihm schriftlich die anwendbare EU-Prämie für Frankreich mit.

1.6 Frist für die Rücksendung des Formulars

Das korrekt ausgefüllte und durch die CPAM visierte Formular muss innerhalb von drei Monaten nach der Entstehung des Optionsrechts (vgl. unter Zf. 2) an die zuständige schweizerische Behörde

zurückgeschickt werden. In begründeten Fällen (z.B. bei administrativer Verspätung) kann das Formular ausnahmsweise später eingereicht werden. Wir bitten Sie deshalb, im Falle eines begründeten Verzugs bei der Einhaltung der dreimonatigen Frist flexibel zu sein.

2. Massgebende Tatbestände für die Ausübung des Optionsrechts

Die neue Note conjointe listet abschliessend die massgeblichen Tatbestände für die Ausübung des Optionsrechts auf. Es sind dies:

- **Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz** (erste Anstellung in der Schweiz einer in Frankreich wohnenden Person)
- **Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nach einer Unterstellung in einem anderen Staat**
Dem Arbeitnehmer, der seine Tätigkeit in der Schweiz einstellt und anschliessend dem Krankenversicherungssystem eines anderen Staates unterstellt wird (sei es wegen Arbeitslosigkeit oder Ausübung einer Erwerbstätigkeit) und der eine neue Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufnimmt, steht ein neues Optionsrecht zu. Hingegen bleibt der Arbeitnehmer dem gewählten System unterstellt, wenn er in der Schweiz einen neuen Arbeitsvertrag abschliesst oder in einem anderen Kanton erwerbstätig wird.
- **Wohnsitzwechsel nach Frankreich** (einer in der Schweiz wohnhaften und versicherten Person)
- **Übergang vom Status des Erwerbstätigen zum Rentnerstatus**
Den Staatsangehörigen der Schweiz oder eines EU-Staates, die in Frankreich wohnhaft und versichert sind (nach Ausübung des Optionsrechts) und die aufgrund ihrer Rente dem schweizerischen System unterstellt sind (sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen), steht beim Eintritt ins schweizerische Rentenalter ein neues Optionsrecht zu. Es handelt sich um:
 - Bezüger einer ausschliesslichen schweizerischen Rente und
 - Bezüger einer Rente aus der Schweiz und eines anderen EU-Staates (ausser Frankreich) und die länger in der Schweiz versichert waren als im anderen EU-Land.

3. Unwiderrufbarkeit des Optionsrechts

Die Aktualisierung der Note conjointe hat es den französischen und schweizerischen Behörden ermöglicht, die Unwiderrufbarkeit des Optionsrechts zu bestätigen und darin die massgeblichen Tatbestände für eine neue Ausübung des Optionsrechts abschliessend aufzulisten. Neu sind **Änderungen des Zivilstands und der Familienzusammensetzung explizit ausgeschlossen**. Dafür bleibt eine erhaltene Befreiung weiterhin für die neuen Familienmitglieder, die in der Schweiz unterstellt wären, gültig, ohne dass ein neues Gesuch gestellt werden muss.

4. Neugestaltung der Modalitäten zum Anschluss an die Krankenversicherung in Frankreich

Derzeit haben Personen, welche ihr Optionsrecht ausüben, zwei Möglichkeiten, um sich in Frankreich zu versichern: Sie können sich entweder der französischen staatlichen Versicherung unterstellen (CMU), oder sie schliessen einen privaten Versicherungsvertrag ab. Die Mehrheit der Grenzgänger haben sich für die letztgenannte Möglichkeit einer privaten Versicherung entschieden. Die nationale Gesetzgebung in Frankreich sieht nun aber seit längerer Zeit vor, diese private Versicherungsmöglichkeit per 1. Juni 2014 zu unterbinden (diese Einschränkung wurde übrigens bereits in der Note conjointe von 2008 erwähnt). Von diesem Zeitpunkt an fallen Personen, welche für einen privaten Versicherungsschutz optiert haben - sowie deren nicht erwerbstätige Familienangehörige - unter die staatliche soziale Krankenversicherung in Frankreich (CMU).

Diese Personen haben sich zwingend im französischen Krankenversicherungssystem zu versichern. Eine Rückkehr in das schweizerische KVG-System ist nicht möglich (vgl. Zf. 3 Unwiderrufbarkeit des Optionsrechts). Diese Pflicht, sich weiterhin im französischen System zu versichern, betrifft nicht nur Personen, welche von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit wurden, sondern auch Personen, welche sich bisher ohne Rücksprache mit der schweizerischen Behörde von sich aus faktisch in Frankreich privat versichert haben (Bsp.: Schweizer Bürger, welche in Frankreich wohnen und in der Schweiz erwerbstätig sind, die deshalb keinen Ausweis G benötigen und aus diesem Grund der kantonalen Kontrolle der Versicherungsunterstellung entgangen sind).

II. Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden

Die Schweiz hat mit zahlreichen Staaten Abkommen abgeschlossen, um die Sozialversicherungssituation jener Versicherten zu regeln, die ihren Wohnsitz oder ihre Erwerbstätigkeit aus der Schweiz in einen dieser Staaten verlegen oder umgekehrt. Einige dieser Abkommen sind nicht auf die Krankenversicherung anwendbar. Sie haben im Krankenversicherungsbereich nur eine indirekte Wirkung, und zwar auf die Stellung der entsandten Arbeitnehmenden. Beiliegend senden wir Ihnen einen Überblick über alle diese Abkommen und rufen die Grundsätze, die für die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden gelten, sowie deren Ansprüche auf medizinische Leistungen im Ausland in Erinnerung.

Generell zieht die Unterstellung unter die AHV auch die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach sich. Ist die Unterstellung in einem konkreten Fall unklar oder strittig, sollten die kantonalen Stellen, die für die Kontrolle der Krankenversicherungspflicht zuständig sind, mit der zuständigen AHV-Ausgleichskasse Kontakt aufnehmen.

1. Freizügigkeitsabkommen (FZA) und EFTA-Übereinkommen

Früher hatte die Schweiz mit den meisten europäischen Ländern bilaterale Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Seit dem Inkrafttreten des FZA und der entsprechenden Revision des EFTA-Übereinkommens sind diese beiden Abkommen an die Stelle der bilateralen Abkommen mit den Mitgliedstaaten der EU und der EFTA getreten. Für Personen, die nicht in den persönlichen Geltungsbereich des FZA oder des EFTA-Übereinkommens fallen, z. B. **Drittstaatsangehörige** im Zusammenhang mit den Bestimmungen über die Entsendung, gelten jedoch weiterhin die früheren Abkommen.

1.1 Übernahme des neuen europäischen Koordinationsrechts am 1. April 2012

Seit dem 1. Mai 2010 sind in den Mitgliedstaaten der EU die neue Verordnung über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und die entsprechende Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 in Kraft. Die Schweiz hat diese Verordnungen am **1. April 2012** in den Anhang II zum FZA aufgenommen (SR 0.831.109.268.1 und 0.831.109.268.11). Mit unserem Schreiben vom 9. März 2012 haben wir Sie über alle Auswirkungen der neuen Verordnungen im Krankenversicherungsbereich informiert.

Was die entsandten Arbeitnehmenden anbelangt, betrifft die wichtigste Änderung die **Dauer der Entsendung, die sich von 12 auf 24 Monate erhöht** (Art. 12 Abs. 1 VO 883/04). Das Formular E102, das dazu diente, die Dauer der Entsendung um zusätzliche zwölf Monate zu verlängern, wird aufgehoben. Wie bisher kann in einigen Fällen eine Entsendung verlängert werden, in der Regel für eine Gesamtdauer von höchstens sechs Jahren (Abschluss einer Ausnahmevereinbarung zwischen dem Bundesamt BSV und der zuständigen ausländischen Behörde).

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Mitgliedstaats, die für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten von einem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz in das Gebiet eines EU-Mitgliedstaats entsandt werden, bleiben **dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht unterstellt**. Von der zuständigen AHV-Ausgleichskasse wird eine Entsendungsbescheinigung (Bescheinigung A1, früher Formular E101) ausgestellt.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Staats, die für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten von einem Unternehmen mit Sitz in der EU in die Schweiz entsandt werden, bleiben **den Rechtsvorschriften des Entsendestaats unterstellt**. Gegen Vorlage der entsprechenden Bescheinigung (Bescheinigung A1, ausgestellt vom zuständigen Versicherungsträger des Entsendestaats), werden sie von der Unterstellung unter die schweizerischen Sozialversicherungen, einschliesslich der Krankenversicherung, ausgenommen.

In den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EFTA-Staaten (Island, Liechtenstein, Norwegen) gelten weiterhin die Verordnungen (EG) Nr. 1408/71 und (EG) Nr. 574/72, weil das **EFTA-Übereinkommen** noch nicht an die neuen Koordinationsregelungen der VO 883/04 angepasst wurde.

Für nähere Einzelheiten zu den Folgen der Entsendung siehe die Internetseite des BSV:

www.bsv.admin.ch => Themen => Internationales => Abkommen => Entsendungen

=> [Entsendungen aus der Schweiz in einen EU-Staat](#) - Entsendungsmerkblatt zwischen der Schweiz und der EU

=> [Entsendungen aus der Schweiz in einen EFTA-Staat](#) - Entsendungsmerkblatt zwischen der Schweiz und der EFTA

2. Abkommen mit Drittstaaten (ausserhalb der EU/EFTA)

Die Schweiz hat mit den folgenden Staaten bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen: Australien, Chile, Kanada (einschliesslich Quebec), Kroatien, ehemaliges Jugoslawien, Indien, Israel, Japan, Mazedonien, Philippinen, Republik San Marino, Türkei und Vereinigte Staaten (siehe beiliegende Tabelle). Das BSV veröffentlicht auf seiner Internetseite auch eine aktualisierte Liste der Abkommen über soziale Sicherheit sowie Informationen zu den Abkommen über soziale Sicherheit mit verschiedenen Ländern (insbesondere Australien, Chile, Kanada, Kroatien, Vereinigte Staaten, Japan und Philippinen) [www.bsv.admin.ch => Themen => Internationales => Abkommen](#)

Jedes bilaterale Abkommen sieht eine bestimmte Entsendezeit vor (12 bis 72 Monate). Je nach Abkommen kann die Entsendung durch Abschluss einer Ausnahmevereinbarung verlängert werden (bis zu einer Dauer von höchstens sechs Jahren). Die bilateralen Abkommen ermöglichen in der Regel auch die Entsendung von Arbeitnehmenden, die weder die schweizerische Staatsangehörigkeit noch jene des Vertragsstaats besitzen (**Drittstaatsangehörige**).

Arbeitnehmende, die aus der Schweiz in einen Vertragsstaat entsandt werden, bleiben während der gesamten Dauer ihrer Entsendung unter die Krankenversicherungspflicht in der Schweiz unterstellt (Art. 4 Abs. 4 KVV). Im Land der vorübergehenden Tätigkeit sind sie davon befreit, sich in den vom Abkommen abgedeckten Versicherungszweigen zu versichern.

Arbeitnehmende, die aus einem Vertragsstaat in die Schweiz entsandt werden, bleiben auch für die gesamte Dauer der Entsendung **den Gesetzesbestimmungen des Entsendestaates unterstellt**.

Siehe dazu die Internetseite des BSV

www.bsv.admin.ch => Themen => Internationales => Abkommen => Entsendungen

=> [Entsendungen aus der Schweiz in Vertragsstaaten \(ohne EU/EFTA\)](#) - [Entsendungsmerkblatt zwischen der Schweiz und Vertragsstaaten \(ohne EU/EFTA\)](#).

2.1. Bilaterale Abkommen, die sich auf die Krankenversicherung beziehen

In der Krankenversicherung erleichtern die Abkommen je nach Fall die Aufnahme in die Versicherung des anderen Vertragsstaats oder den Erwerb von Leistungsansprüchen unter Berücksichtigung der Versicherungsdauer. In den Abkommen ist auch die anwendbare Gesetzgebung geregelt. Zur Bestimmung der Unterstellung unter die Versicherung folgen die Abkommen dem Grundsatz der **Unterstellung am Erwerbort** (z. B. Indien, Japan). Davon ausgenommen sind Entsendungen und Ausnahmevereinbarungen sowie die Spezialvorschriften über die Unterstellung bestimmter besonderer Personenkategorien.

Arbeitnehmende, die gestützt auf ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit (das sich auf die Krankenversicherung bezieht) in die Schweiz entsandt werden, müssen nur der kantonalen Stelle, die in ihrem Wohnkanton für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht zuständig ist, eine **Kopie ihrer Entsendungsbescheinigung** oder der Bescheinigung über eine Ausnahmevereinbarung vorlegen, um von der Pflicht zum Anschluss an eine schweizerische Krankenversicherung ausgenommen zu werden. Entsandte aus der Schweiz bleiben während der gesamten Dauer der Entsendung unter **die Krankenversicherungspflicht in der Schweiz unterstellt**.

2.2. Bilaterale Abkommen, die sich auf die Freizügigkeit in der Krankenversicherung beziehen

Die Abkommen im Bereich der Krankenversicherung, die mit dem ehemaligen Jugoslawien*, Kroatien, Mazedonien, der Republik San Marino und der Türkei abgeschlossen wurden, betreffen grundsätzlich nur **die Freizügigkeit**. Dies bedeutet, dass Personen, die ihren Wohnsitz aus der Schweiz in einen

* Bis zum Inkrafttreten neuer Abkommen bleibt das Sozialversicherungsabkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien auf Bosnien und Herzegowina, auf Serbien und auf Montenegro anwendbar. Für den Kosovo gilt dieses Abkommen seit dem 1.4.2010 nicht mehr.

dieser Vertragsstaaten verlegen, Anspruch auf die Leistungen der ausländischen Krankenversicherung zu den Bedingungen haben, die in der ausländischen Gesetzgebung vorgesehen sind, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der in der schweizerischen Krankenversicherung zurückgelegten Versicherungszeiten, sofern zwischen dem Austritt aus dem schweizerischen System und der Aufnahme in das ausländische System nicht mehr als drei Monate liegen.

Bei Personen, die ihren Wohnsitz aus einem dieser Vertragsstaaten in die Schweiz verlegen, betrifft dies nur die **Taggeldversicherung nach KVG** (da die Zugehörigkeit zur Grundversicherung obligatorisch und an keinerlei Bedingungen geknüpft ist). Dabei werden die im anderen Vertragsstaat zurückgelegten Versicherungszeiten berücksichtigt, um die Entstehung der Leistungsansprüche in der Schweiz zu bestimmen. Taggelder bei Mutterschaft werden allerdings nur dann ausgerichtet, wenn die Person seit drei Monaten einer schweizerischen Krankenkasse angeschlossen war.

Da diese Abkommen keine Unterstellungsregeln enthalten, gelangen in der Schweiz die Vorschriften des KVG zur Anwendung. Ist eine Person nach dem Recht des anderen Vertragsstaats obligatorisch krankenversichert, kann sie auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz ausgenommen werden, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für die Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügt (Art. 2 Abs. 2 KVV).

2.3. Bilaterale Abkommen, die sich nicht auf die Krankenversicherung beziehen

Mit einigen Staaten (Australien, Kanada/Quebec, Israel, Philippinen und Vereinigte Staaten) wurden Abkommen geschlossen, die sich nicht auf den Krankenversicherungsbereich erstrecken. In der Schweiz versicherte Personen, die sich für einen vorübergehenden Aufenthalt in diese Staaten begeben (z. B. Studierende), müssen in der Schweiz versichert bleiben, wenn sie ihren Wohnsitz hier behalten. Sind diese Personen nach dem Recht des Aufenthaltsstaats obligatorisch krankenversichert, können sie auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für die Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (Art. 2 Abs. 2 KVV).

Erstreckt sich das Abkommen nicht auf die Krankenversicherung, hat es nur eine **indirekte Wirkung**, und zwar auf die Weiterversicherung der entsandten Arbeitnehmenden im Entsendestaat. Ist ein aus der Schweiz entsandter Arbeitnehmer im Land der vorübergehenden Tätigkeit obligatorisch krankenversichert, kann er gestützt auf Artikel 2 Absatz 2 KVV ebenfalls verlangen, von der Versicherungspflicht in der Schweiz ausgenommen zu werden. Wenn ein in die Schweiz entsandter Arbeitnehmender sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen will, muss sich der Arbeitgeber verpflichten, dafür zu sorgen, dass während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz mindestens die Leistungen nach KVG versichert sind (Art. 2 Abs. 5 KVV).

2.4. Neue Abkommen und Spezialfälle

- **Australien**
Das Abkommen zwischen der Schweiz und Australien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.158.1) ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten. Es gilt für die AHV/IV und betrifft den Krankenversicherungsbereich nur **indirekt** (Unterstellung des entsandten Arbeitnehmers im Sitzstaat des Unternehmens, das ihn beschäftigt, und zwar während fünf Jahren). Für die Schweiz ist es nur auf australische oder schweizerische Staatsangehörige anwendbar, ausser wenn es sich um entsandte Arbeitnehmende handelt.
- **Zypern (Türkische Republik Nordzypern)**
Da das Abkommen über die Personenfreizügigkeit im Nordteil der Insel nicht umgesetzt werden kann, ist dort auch keine internationale Leistungsaushilfe im medizinischen Bereich möglich. Es besteht somit kein Grund, Rentenbezüger und ihre Familienangehörigen, die ihren Wohnsitz dorthin verlegen, der Versicherungspflicht in der Schweiz zu unterstellen.
- **Ehemaliges Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Serbien, Montenegro)**
Bis zum Inkrafttreten neuer Abkommen bleibt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1, in Kraft seit 01.03.1964) auf Bosnien und Herzegowina, auf Serbien und auf Montenegro anwendbar.

- **Kosovo**

In Bezug auf den Kosovo hat der Bundesrat beschlossen, das vorstehend erwähnte Abkommen ab dem 31. März 2010 nicht mehr auf die Bürger des Kosovo anzuwenden. Im Krankenversicherungsbereich betrifft dies nur die Aufhebung der Freizügigkeit in der Krankentaggeldversicherung nach KVG. Ab dem 1. April 2010 ist das innerstaatliche schweizerische Recht anwendbar.

- **Indien**

Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Indien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.423.1), das am 29. Januar 2011 in Kraft getreten ist, gilt auch für die Krankenversicherung. Es sieht hauptsächlich vor, dass Arbeitnehmende, die von einem Unternehmen mit Sitz in Indien in die Schweiz entsandt werden, der indischen Sozialversicherungsgesetzgebung unterstellt bleiben (sie sind von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreit) und umgekehrt. Die Entsendungsdauer beträgt höchstens 6 Jahre. Das Abkommen beschränkt sich auf die Festlegung von Unterstellungsregeln und sieht keine Berücksichtigung von Versicherungszeiten vor. Es ist auch auf Drittstaatsangehörige anwendbar.

- **Japan**

Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Japan über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.463.1), das am 1. März 2012 in Kraft getreten ist, gilt auch für die Krankenversicherung. Es enthält keine spezifischen Bestimmungen zu den Leistungen, sondern nur Regeln zur Unterstellung unter die Krankenversicherung. Entsandte Arbeitnehmende bleiben während 5 Jahren der Sozialversicherungsgesetzgebung des Entsendestaats unterstellt. Die Unterstellungsregeln (entsandte Arbeitnehmende usw.) gelten generell für Drittstaatsangehörige.

- **Übereinkommen über die soziale Sicherheit der Rheinschiffer (Rheinübereinkommen)**

Dieses Übereinkommen zwischen den Rheinanliegerstaaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande und Schweiz) ist am 1. Dezember 1987 in Kraft getreten (SR 0.831.107). Seit die VO 883/04 in Kraft ist, geht das europäische Koordinationsrecht dem Rheinübereinkommen vor. Deshalb haben die Vertragsstaaten gestützt auf Artikel 16 Absatz 1 der VO 883/04 eine «Vereinbarung über die Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften für Rheinschiffer» abgeschlossen. Gemäss dieser Vereinbarung bleiben Rheinschiffer hinsichtlich der Krankenversicherungspflicht dem Recht des Staates unterstellt, auf dessen Gebiet sich der Sitz des Unternehmens befindet, das den Schiffer beschäftigt. Hingegen ist diese Vereinbarung nicht auf die Leistungsaushilfe anwendbar; diese stützt sich auf die VO 883/04. Die Schweiz ist dieser Ausnahmevereinbarung rückwirkend per 1. April 2012 beigetreten. Auf Rheinschiffer, die **Drittstaatsangehörige** sind, wendet die Schweiz das Rheinübereinkommen weiterhin vollumfänglich an (Unterstellung und Leistungsaushilfe).

3. Nichtvertragsstaaten

Bei entsandten Arbeitnehmenden, auf die weder das FZA oder das EFTA-Übereinkommen noch ein anderes bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit anwendbar ist, sowie **bei Entsendungen in einen Staat, mit dem die Schweiz kein Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat** (Nichtvertragsstaat), **beträgt die Weiterdauer der schweizerischen Krankenversicherungspflicht zwei Jahre**. Auf Gesuch hin kann die Versicherung auf bis zu sechs Jahre verlängert werden (Art. 4 Abs. 3 KVV).

Die Weiterführung der Versicherung einer Person nach dem schweizerischen Recht ändert ihre Stellung gegenüber den Versicherungen des Staates nicht, in dem sie ihre Tätigkeit ausübt; je nach Fall ist somit eine Doppelversicherung nicht ausgeschlossen. Personen, die nach dem ausländischen Recht obligatorisch krankenversichert sind, können der zuständigen kantonalen Stelle beantragen, von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit zu werden, sofern ihre Unterstellung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für die Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (Art. 2 Abs. 2 KVV).

Siehe dazu die Internetseite des BSV

www.bsv.admin.ch => Themen => Internationales => Abkommen => Entsendungen

=> [Erwerbstätigkeit für einen Schweizer Arbeitgeber in einem Nichtvertragsstaat](#) (Staat, mit welchem die Schweiz kein Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat) / Entsendungsmerkblatt zwischen der Schweiz und Nichtvertragsstaaten

4. Anspruch auf medizinische Leistungen von Entsandten aus der Schweiz

4.1. Entsendung in einen EU-Staat

Verlegt ein entsandter Arbeitnehmer seinen Wohnsitz in den EU-Staat, in dem die vorübergehende Tätigkeit ausgeübt wird, erhält er von seiner Krankenkasse ein **mobiles Dokument S1** (früher Formular E106), das er bei der zuständigen Stelle im Wohnstaat abgibt. Dadurch wird er als Leistungsberechtigter registriert und somit behandelt, als ob er im Wohnland versichert wäre.

Behält der in einen EU-Staat entsandter Arbeitnehmer seinen Wohnsitz in der Schweiz, kann er im Aufenthaltsstaat gegen Vorlage seiner europäischen Krankenversicherungskarte medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Er hat damit unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Dauer seines Aufenthalts im Staat, in dem er seine vorübergehende Tätigkeit ausübt, Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen.

4.2. Entsendung in einen Staat ausserhalb der EU/EFTA

Für medizinisch notwendige Behandlungen ausserhalb der EU/EFTA von entsandten Arbeitnehmern wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Die Kostenübernahme richtet sich nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohnort in der Schweiz (Art. 36 Abs. 4 KVV).

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen, die Sie für die korrekte Umsetzung der Note conjointe zur Ausübung des Optionsrechts mit Frankreich und der internationalen Sozialversicherungsabkommen im Bereich Krankenversicherung unternehmen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Abteilung Versicherungsaufsicht

Die Leiterin

Helga Portmann

Anhänge:

- "Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne" vom 1. Februar 2013
- Formular "Choix du système d'assurance-maladie applicable"
- Tabelle: "Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: - Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden"

Kopien an:

- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Internationales, 3003 Bern
- Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), 2000 Neuenburg

Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne

1. Introduction

L'Accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Suisse et l'Union européenne (UE)¹ est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Il s'applique aux ressortissants suisses ou communautaires. Son annexe II, qui fait référence aux règlements communautaires n° 883/2004² et 987/2009³, coordonne les régimes français et suisse de sécurité sociale.

Selon le titre II du R 883/04, les personnes qui résident en France mais qui travaillent en Suisse (ci-après « les travailleurs frontaliers ») sont soumises au régime suisse de sécurité sociale, y compris en matière de couverture maladie. Il en va de même pour les personnes résidant en France qui bénéficient exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale (art. 24, par. 2 R 883/04), à savoir une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance-accidents (LAA), de l'assurance militaire (AM) et/ou de la prévoyance professionnelle (LPP). Cela vaut pour les membres de famille n'exerçant aucune activité lucrative de ces deux catégories de personnes.

Toutefois, conformément à la lettre b) du ch. 3 sous « Suisse » de l'annexe XI du R 883/04, ces personnes, ressortissants suisses ou communautaires, peuvent faire usage d'un droit d'option dans le cadre de l'assurance maladie ; elles peuvent sur demande être exemptées de l'assurance maladie obligatoire en Suisse si elles prouvent qu'elles bénéficient d'une couverture maladie équivalente en France.

Le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Pour les personnes concernées, les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de pensionné. Les modifications d'état-civil (mariage, divorce) ou les changements de composition de la cellule familiale (naissance ou décès d'un membre de famille) ne sont pas considérés comme de nouveaux faits générateurs.

La demande doit être déposée dans un délai de trois mois à compter du jour où les personnes concernées sont soumises au régime suisse de sécurité sociale ou à compter du premier jour de domiciliation en France. Ce délai échu, elles doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance maladie obligatoire. La demande vaut pour les membres de la famille non actifs. Elle doit être déposée auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie du lieu de travail en ce qui concerne les travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles, et auprès de l'Institution commune LAMal en ce qui concerne les titulaires de rentes suisses et leurs membres de

¹ JO L 114 du 30.4.2002, p. 6ss ; RS 0.142.112.681. Ci-dessous : ALCP

² JO L 166 du 30.4.2004. RS 0.831.109.268.1. Ci-dessous R 883/04

³ JO L 284 du 30.10.2009. RS 0.831.109.268.11. Ci-dessous R 987/09

famille. La liste des autorités cantonales compétentes (cf. chapitre 5 ci-dessous) peut être obtenue auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ou sur son site internet (cf. chapitre 4 ci-dessous).

Si la demande d'exemption est rejetée par l'autorité cantonale ou l'Institution commune LAMal, la personne en question doit être obligatoirement assurée en Suisse pour les soins en cas de maladie. En ce qui concerne les bénéficiaires d'une rente suisse, ceux-ci ne peuvent résilier leur assurance maladie en Suisse qu'après s'être valablement assurés en France.

Par conséquent, le droit d'option ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès d'une assurance maladie française, mais comme une possibilité de ne pas s'affilier auprès d'un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis. Tant qu'une personne n'est pas assurée auprès d'une institution française, elle reste obligatoirement assurée en Suisse.

2. Différentes possibilités de s'assurer

2.1. Assurance obligatoire en Suisse (principe)

Les personnes qui résident en France mais qui sont soumises au régime suisse de sécurité sociale au titre de l'exercice d'une activité lucrative en Suisse, ainsi que celles qui bénéficient exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale doivent s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie. Il en va de même en ce qui concerne leurs membres de famille qui n'exercent pas d'activité lucrative.

Les travailleurs frontaliers se font établir par l'assureur maladie suisse le document S1 (anciennement formulaire E 106 CH) attestant de leur couverture maladie. Les personnes exclusivement titulaires de pensions ou de rentes suisses se font aussi établir une attestation S1 par leur assureur maladie suisse (anciennement formulaire E 121 CH). Une attestation est établie à l'intention de chacun des membres non-actifs de la famille, sous réserve de l'acceptation de la qualité d'ayant-droit par la Caisse primaire d'assurance maladie française (CPAM). Les attestations S1 sont à déposer sans délai auprès de la CPAM du lieu de résidence ; celle-ci détermine la qualité des membres de la famille et - le cas échéant - en informe l'institution suisse, cf. article 1 i) du R 883/2004.

Ces personnes assurées en Suisse ont alors droit en France à toutes les prestations médicales et pharmaceutiques prévues par la législation française, qui seront prises en charge par la CPAM du lieu de résidence pour le compte de leur assureur suisse. Elles peuvent aussi choisir de recevoir ces soins en Suisse, selon les dispositions de la législation suisse.

Les personnes qui sont assurées en Suisse pour les soins en cas de maladie et qui cessent, pour une quelconque raison, de payer leurs primes, ne peuvent être affiliées dans le régime français d'assurance maladie. Le non paiement des primes a pour conséquence de suspendre le droit aux prestations du régime suisse. Cette suspension du droit aux prestations n'est qu'une sanction mais n'implique pas la suspension de l'obligation d'assurance en Suisse. Aussi longtemps qu'il n'a pas notifié la suspension du droit aux prestations à l'institution française, l'assureur suisse est tenu de rembourser des prestations prises en charge par le régime français, et ce jusqu'à la date de la réception de la notification de suspension par la Caisse primaire d'assurance maladie française.

La liste des assureurs maladie et leurs primes mensuelles est disponible auprès de l'OFSP ou sur son site internet (cf. chapitre 5 ci-dessous). Les caisses maladie suisses sont tenues de fournir une couverture de base à toutes personnes sans égard à leur état de santé. Ce n'est pas le cas des assurances complémentaires privées.

La Suisse accorde des réductions de primes aux personnes assurées de condition économique modeste qui résident en France et qui sont assurées en Suisse. S'il s'agit de travailleurs frontaliers ou

de membres de leur famille, c'est le canton du lieu de travail qui est compétent. L'octroi de réductions de primes à des rentiers et aux membres de leur famille est de la compétence de la Confédération ; il s'effectue par l'intermédiaire de l'institution commune LAMal.

2.2. Droit d'option (exception)

Les personnes mentionnées ci-dessus qui résident en France, travailleurs frontaliers ou titulaires de pensions ou rentes suisses et leurs membres de famille non-actifs, peuvent également faire usage du droit d'option : elles peuvent (1) soit s'affilier à la Couverture Maladie Universelle (CMU) en s'inscrivant à la CPAM de leur lieu de résidence (2) soit souscrire une assurance maladie privée française ; la législation française prévoit toutefois que cette dernière possibilité sera fermée dès le 1^{er} juin 2014. Les personnes ayant opté pour une assurance maladie privée française et qui ne peuvent plus y recourir sont tenues de rester dans le régime français d'assurance maladie.

L'exercice du droit d'option est irrévocable.

Les prestations de la CMU ne sont fournies qu'en France, elles peuvent être servies en Suisse si la CPAM compétente l'autorise au moyen d'une attestation S 2 (anciennement formulaire E 112) dans le cadre de soins programmés ou au moyen du document *ad hoc* pour des soins qui s'avèrent nécessaire en cas de séjour en Suisse (Carte européenne d'assurance maladie ou certificat provisoire de remplacement). La CMU assure toutes les personnes sans égard à leur état de santé. Ce n'est pas le cas des assurances privées françaises, qui peuvent exclure une couverture pour les maladies préexistantes à la signature du contrat d'assurance. Les assurances privées ne sont pas soumises aux dispositions de coordination en matière de sécurité sociale conclues entre la Suisse et les Etats de l'UE, ce qui peut avoir d'importantes conséquences lors de la réalisation d'un risque. Il convient donc de se référer à la couverture du contrat d'assurance contracté.

L'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est conditionnée à la production du formulaire annexé aux présentes attestant que l'intéressé est effectivement assuré en France, soit par le biais d'une assurance privée (et donc précédemment visé par l'assureur privé), soit au titre de la CMU.

Quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM du lieu de résidence sous peine d'invalider le droit d'option exercé. Lorsque l'intéressé choisit une assurance privée et a été préalablement affiliée au régime français d'assurance maladie, la CPAM visera le formulaire seulement si la carte Vitale de la personne, ainsi que celles de ses ayants-droit, sont restituées au moment de la présentation du formulaire pour validation. En cas de non restitution de l'ensemble des cartes Vitales, la CPAM ne visera pas le formulaire car elle ne sera pas en mesure d'attester du choix entre assurance privée et CMU. Le formulaire attestant de l'affiliation en France doit être déposé dans les 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale (1^{er} jour de prise d'activité en Suisse) ou de la domiciliation en France auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie en ce qui concerne les travailleurs frontaliers, ou auprès de l'Institution commune LAMal en ce qui concerne les pensionnés du régime suisse.

En l'absence de ce formulaire dûment rempli et visé, l'exemption à une couverture maladie suisse n'est pas possible. Une Carte européenne d'assurance maladie ou une carte Vitale ou tout autre document ne remplacent pas ledit formulaire.

2.2.1. Travailleurs soumis à la législation suisse (travailleurs frontaliers)

Les personnes résidant en France mais soumises au régime suisse de sécurité sociale en raison de l'exercice de leur activité professionnelle, ainsi que leurs membres de famille non-actifs admis comme tels par la législation française, peuvent faire usage de leur droit d'option en déposant une demande d'exception à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'autorité cantonale compétente de leur lieu de travail (cf. chapitre 5 ci-dessous), qui statuera.

Les travailleurs frontaliers temporairement détachés à l'étranger par leur employeur suisse restent soumis au régime d'assurance-maladie pour lequel ils ont opté.

2.2.2. Bénéficiaires de rentes suisses (pensionnés ou invalides)

Les bénéficiaires de rentes suisse de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance-accidents (LAA), de l'assurance militaire (AM) et/ou de la prévoyance professionnelle (LPP) peuvent également faire usage de leur droit d'option, en cas de transfert de résidence en France ou en cas d'attribution de la pension suisse s'ils résident déjà en France. A cet égard, tout justificatif de domicile (par ex. factures d'eau, d'électricité, de téléphone, de gaz, etc.) peuvent être jointes à la demande d'assurance en France pour prouver la possession d'une résidence en France. Le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévaut aussi longtemps que le droit d'option n'est pas exercé dans un délai de trois mois à partir du changement de résidence ou de l'octroi de la pension suisse; ce n'est qu'une fois valablement assurées en France, qu'elles peuvent déposer une demande d'exception à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'Institution commune LAMal (cf. chapitre 4 ci-dessous), qui statuera. Une copie de la décision d'octroi de rente ou une attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice est à joindre à la demande d'exercice de droit d'option (formulaire annexé).

La personne qui quitte définitivement le territoire suisse pour s'installer en France n'est donc pas d'emblée exclue de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie, au contraire cette obligation reste entière (sauf exercice du droit d'option).

Tous les assureurs maladie suisses ne proposent pas de couverture pour les personnes résidant dans les Etats membres de l'UE. Ainsi, une telle personne peut rester affiliée auprès de son assureur suisse si celui-ci propose une couverture pour la France ou, dans le cas contraire, elle doit s'affilier auprès d'un assureur suisse proposant une telle couverture (cf. chapitre 5 ci-dessous). La caisse d'assurance-maladie suisse est alors tenue d'informer la personne du nouveau montant de la prime, compte tenu de son nouveau domicile en France.

Les personnes qui résident en France, bénéficiant simultanément de rentes suisses et de pensions françaises qui ouvrent un droit à l'assurance maladie en France, sont affiliées obligatoirement au régime français. Le droit d'option ne s'applique pas à cette situation.

2.3. Assurance obligatoire en France

Les personnes non actives ayant quitté la Suisse pour résider en France, qui ne bénéficient pas d'une rente ou d'une pension du régime suisse de sécurité sociale et ne comptent pas parmi les membres de famille d'une personne bénéficiant d'une rente suisse ou travaillant en Suisse, sont soumises à la législation française. Elles ne peuvent pas s'assurer en Suisse, puisqu'elles n'y résident plus.

Ces personnes tombent dans le champ d'application de la Directive européenne concernant le droit de séjour⁴, transposée en droit français⁵, et doivent souscrire une assurance maladie conformément à cette législation ; elles ont le droit de séjourner sur le territoire français pour une durée de plus de trois mois si elles disposent de ressources suffisantes et d'une assurance maladie.

⁴ Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, JO L 158 du 30.4.2004, p. 77ss.

⁵ Art. 23ss de la Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration, JO n° 170 du 25.07.2006 ; Décret n° 2007-371 du 21 mars 2007 relatif au droit de séjour en France des citoyens de l'Union européenne, des ressortissants des autres États parties à l'Espace économique européen et de la Confédération suisse ainsi que des membres de leur famille, JO n° 69 du 22.3.2007

Tout ressortissant suisse résidant en France de manière régulière et ininterrompue depuis plus de 5 ans a acquis le statut de résident permanent, c'est-à-dire un droit de séjour permanent en France. A ce titre les CPAM doivent accepter ces personnes à la CMU ou maintenir leur affiliation si ces personnes le souhaitent, les deux critères de la régularité du séjour, à savoir l'existence de ressources suffisantes et d'une assurance maladie, n'ayant plus vocation à s'appliquer. Cette possibilité est exclue pour les personnes assurées obligatoirement en Suisse.

Les personnes auparavant en séjour régulier (ressources suffisantes et assurance maladie) qui sont victimes d'un accident de la vie peuvent être admises à la CMU. La notion d'accident de la vie se définit comme un événement non maîtrisable qui conduit à ne plus pouvoir respecter les deux conditions relatives à la régularité du séjour, par exemple le décès du conjoint ou le divorce qui conduit à une perte de ressources, ou encore la survenance d'une maladie qui empêche tout recours à une assurance privée. Ces situations seront appréciées au cas par cas par les CPAM.

Les personnes qui n'ont pu à aucun moment se prévaloir d'une régularité au séjour en France et qui ont de faibles ressources bénéficient de la couverture maladie des « soins urgents » (moins de trois mois de résidence en France) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui est réservée aux ressortissants étrangers démunis et en situation irrégulière.

3. Retour en Suisse

Les travailleurs frontaliers ou les bénéficiaires de rentes suisses, qui ont résidé en France et qui y étaient assurés, doivent s'assurer en Suisse dans les trois mois qui suivent leur nouvelle prise de résidence en Suisse. Des informations sur le montant des primes mensuelles sont disponibles sur les sites internet de l'OFSP (cf. chapitre 5 ci-dessous).

L'assureur maladie suisse doit les affilier sans égard à leur état de santé. Ce n'est pas le cas des assurances complémentaires privées.

4. Adresses utiles

Pour la Suisse

Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Effingerstrasse 20
CH-3003 Berne
www.bsv.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
CH-3003 Berne
www.bag.admin.ch

Institution commune LAMal
Boîte postale
CH-4503 Soleure
www.kvg.org

Pour la France

Ministère des affaires sociales et de la santé
14 avenue Duquesne
FR-75350 Paris 07 SP
www.sante.gouv.fr

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
11 rue de la tour des Dames
FR-75436 Paris cedex 09
www.cleiss.fr

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS
50 avenue du Professeur André Lemierre
FR-75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

5. Informations supplémentaires

Pour la Suisse

Liste des assureurs maladie et leurs primes mensuelles pour les personnes domiciliées en Suisse : www.bag.admin.ch < Thèmes < Assurance-maladie < Primes

Liste des assureurs maladie et leurs primes mensuelles pour les personnes domiciliées dans un Etat membre de l'UE : www.bag.admin.ch < Thèmes < Assurance-maladie < Affaires internationales/UE/AELE, sous « Primes – Aperçu des primes UE/AELE »

Calculateur des primes de l'Office fédéral de la santé publique et autres informations (aussi pour les personnes domiciliées dans un Etat de l'UE) : www.priminfo.ch

Liste des institutions cantonales pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance maladie suisse : www.bag.admin.ch < Thèmes < Assurance-maladie < Affaires internationales/UE/AELE, sous « Obligation de s'assurer - Liste des institutions cantonales pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance maladie »

Liste des institutions cantonales pour la réduction des primes : www.bag.admin.ch < Thèmes < Assurance-maladie < Primes, sous « Institutions cantonales pour la réduction des primes »

Pour la France

Informations sur la CMU : www.ameli.fr < Soins et remboursement sous CMU et complémentaires santé < CMU de base: une assurance maladie pour tous

Guide du frontalier suisse: www.ameli.fr < Votre caisse – Haut-Rhin < Vous informer < La protection sociale des frontaliers

Présentation de la CMU de base : www.cmu.fr < Présentation des dispositifs d'aide < Qu'est-ce que la CMU de base ?

Service-Public.fr : www.service-public.fr sous Accueil Particuliers < Social – Santé < Couverture maladie universelle (CMU) et Aide médicale de l'Etat (AME) < Demande, coût et renouvellement

Le 1er février 2013,

Les autorités compétentes suisses

Les autorités compétentes françaises


BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG
OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES
UFFICIO FEDERALE DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI



Pour le ministre et par délégation du directeur de la sécurité sociale,
L'adjoint au chef de la division des affaires communautaires et internationales


François BRILLANCEAU



Choix du système d'assurance-maladie applicable

Formulaire de déclaration du choix du système d'assurance-maladie applicable et de demande d'exception de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie en Suisse à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale - en application de l'Annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004, ch. 3, let. b sous « Suisse », de l'art. 2, al. 6 OAMal et de l'Art. L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français.

La présente formule doit être déposée auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale ou de la domiciliation en France.

Elle vaut également pour les membres de la famille non-actifs.

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable.

Procédure

Pour le/la travailleur/euse frontalier/ière (veuillez lire attentivement les points 1 à 5)

1. Compléter les parties 1, 2 et 4
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6 **ou** la partie 7.1
3. En cas d'assurance maladie en France auprès d'une compagnie privée, cette dernière complète la partie 7.2.
4. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 8 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, **quel que soit votre choix** de système d'assurance (français - CMU ou privé - ou suisse)
5. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir : l'institution compétente pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire du canton de travail (liste disponible sous www.bag.admin.ch <Thèmes <Assurance maladie <Obligation de s'assurer <Suisse <Exemption)

Pour la personne titulaire d'une rente du régime suisse de sécurité sociale (veuillez lire attentivement les points 1 à 5)

1. Compléter les parties 1, 3 et 4. Une copie de la décision d'octroi de la rente suisse ou une attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice doit être jointe au présent formulaire
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6 **ou** la partie 7.1
3. En cas d'assurance maladie en France auprès d'une compagnie privée, cette dernière complète la partie 7.2
4. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 8 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, **quel que soit votre choix** de système d'assurance (français - CMU ou privé - ou suisse)
5. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir : Institution commune LAMal, Gibelinstrasse 25, 4503 Soleure, tél. +41 (0) 32 625 30 30, fax. +41 (0) 32 625 30 96

1. Données personnelles

Nom(s) : Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Prénom(s) : Nationalité :

Adresse : Pays :

Téléphone : Courriel :

Etat-civil : Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf/veuve Autre :

Numéro AVS : 756 Numéro d'immatriculation (NIR) :

2. À compléter par le/la travailleur/euse frontalier/ière

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Date de la prise d'activité : (JJ/MM/AAAA) Lieu de travail :

Date de prise de domicile en France : (JJ/MM/AAAA)

3. À compléter par les personnes bénéficiaires d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

Type de rente : Assurance vieillesse et survivants AVS Assurance-invalidité AI
 Assurance-accidents AA Prévoyance professionnelle PP
 Assurance militaire AM

Date d'octroi : (JJ/MM/AAAA) Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA)

Joindre une copie de la décision d'octroi de rente ou une attestation de rente de l'institution suisse débitrice

4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal)

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité et **je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse, ou une copie du formulaire S1 émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.**

Lieu, date : Signature :

6. Affiliation à la Couverture Maladie Universelle – CMU

Je choisis de m'assurer pour les soins en cas de maladie en France à la CMU et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité.

Lieu, date : Signature :

7. Affiliation auprès d'un assureur-maladie français privé et attestation à compléter par l'assureur-maladie privé

7.1 Je choisis de m'assurer pour les soins en cas de maladie en France auprès d'un assureur-maladie privé et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité. **Je restitue ma carte Vitale et celles de mes ayants-droit lorsque je présente ce formulaire à la CPAM de mon lieu de résidence pour validation.**

Lieu, date : Signature :

7.2 L'assureur privé soussigné confirme que la/les personne/s mentionnée/s dans le présent formulaire est/sont assurée/s pour les soins en cas de maladie en France et couverte/s durant un séjour dans un Etat membre de l'UE, ainsi qu'en Suisse. L'assureur confirme que cette couverture est équivalente à la couverture de l'assurance-maladie légale française.

Nom et adresse de l'assureur :

Lieu, date : Cachet et signature de l'assureur :

8. CETTE PARTIE DOIT OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS ETRE COMPLÉTÉE PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE AVANT D'ETRE RETOURNÉE A L'AUTORITE COMPETENTE SUISSE

Adresse:

Lieu, date : Cachet et signature :

Il est recommandé d'effectuer une copie de ce formulaire avant de le retourner à l'autorité compétente suisse



Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz: Auswirkungen auf die Krankenversicherung und auf die Unterstellung der entsandten Arbeitnehmenden

Land	RS-Nummer	Inkrafttreten	Anwendbarkeit auf die Krankenversicherung	Unterstellung unter die obligatorische Krankenversicherung	Auswirkungen der Entsendung (Dauer der Unterstellung im Entsendestaat)
Australien (AU) (ab 01.01.2008)	0.831.109.158.1	01.01.2008	nein: indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre
Kanada (CA) + Quebec (QUE)	0.831.109.232.1 + 0.831.109.232.2	01.10.1995	nein: indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich)
Chile (CL)	0.831.109.245.1	01.03.1998	Med. Leistungen für Rentner (kein Einfluss auf CH)	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 3 Jahre (Verlängerung möglich)
Zypern Nord	-	-	Im Norden (türkische Republik) FZA nicht anwendbar	In CH KVG anwendbar	-
Kroatien (HR) idem MK	0.831.109.291.1	01.01.1998	ja, Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich)
Vereinigte Staaten (US)	0.831.109.336.1	01.11.1980	nein: indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich)
Ex-YU (Bosnien-Herzegovina, Serbien, Montenegro)	0.831.109.818.1	01.03.1964	ja, Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 3 Jahre (Verlängerung möglich)
Indien (IN) (ab 29.01.2011)	0.831.109.423.1	29.01.2011	ja, Unterstellungsregeln	Grundsätzlich am Erwerbort (ausser bei Sonderfällen)	bis 6 Jahre (Maximum)
Israel (IL)	0.831.109.449.1	01.10.1985	nein: indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich)
Japan (JP) (ab 01.03.2012)	0.831.109.463.1	01.03.2012	ja, Unterstellungsregeln	Grundsätzlich am Erwerbort (ausser bei Sonderfällen)	bis 5 Jahre (Verlängerung möglich) Entsendung aus einem Drittstaat möglich
Kosovo	Aufhebung 01.04.2010	-	-	In CH KVG anwendbar	-
Mazedonien (MK) idem HR	0.831.109.520.1	01.01.2002	ja, Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich)
Philippinen (PH)	0.831.109.645.1	01.03.2004	nein: indirekte Wirkung bei Entsendung	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich)
Rheinschifferabkommen (RH) BE, DE, FR, LU, NL	0.831.107	01.12.1987	ja, für Rheinschiffer	Staat wo der Arbeitgeber seinen Sitz hat	-
San Marino (SM) FZA nicht anwendbar	0.831.109.672.1	01.03.1983	ja, Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 1 Jahr (Verlängerung möglich)
Türkei (TR)	0.831.109.763.1	01.01.1972 (E 1969)	ja, Freizügigkeit / Taggeldversicherung KVG	Im Abkommen nicht geregelt (in CH KVG anwendbar)	bis 2 Jahre (Verlängerung möglich)