

**CERTIFICAT PROVISOIRE DE REMPLACEMENT DE LA CARTE EUROPÉENNE  
D'ASSURANCE MALADIE**

*conformément à l'annexe 2 de la décision n° 190 du 18 juin 2003  
concernant les caractéristiques techniques de la carte européenne d'assurance maladie*

Identificateur du formulaire

État membre d'émission

1. E -

2. **CH**

Informations relatives au titulaire de la carte

3. Nom:  
4. Prénoms:  
5. Date de naissance:  
6. Numéro d'identification personnel:

Informations relatives à l'institution compétente

7. Numéro d'identification de l'institution:

Informations relatives à la carte

8. Numéro d'identification de la carte:  
9. Date d'expiration:

Période de validité du certificat

Date de délivrance du certificat

a) Du:  
b) Au:

c)

Signature et cachet de l'institution

d)

Notes et informations

Toutes les normes applicables aux données visibles reprises sur la carte européenne et relatives à la description, aux valeurs et à la longueur des champs de données ainsi qu'aux remarques qui s'y rapportent s'appliquent également au certificat.