

Formule d'avis de changement

Direction des services assurés
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
(204) 786-7101
(204) 783-2171 (télécopieur)
Sans frais : 1 (800) 392-1207
Sans frais : 1 (866) 608-2983 (télécopieur)

Santé
Manitoba



VERSION INTERNET

CETTE FORMULE EST PRÉVUE À DES FINS DE CHANGEMENT D'ADRESSE OU AUTRE. VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION QUI CORRESPOND À VOTRE SITUATION.

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|---------------------------------|---|----------|
| Numéro d'immatriculation (6 chiffres) | | N° d'identification personnelle (9 chiffres, sans espaces) | | N° d'assurance sociale (9 chiffres, sans espaces) | |
| N° de téléphone (domicile) () | | N° de téléphone (bureau) () | | Date de naissance (jour/mois/année) - - | |
| Nom de Famille | | | Prénom | | Initiale |
| Adresse actuelle - au complet | | | | | |
| Unité / app. / bureau | N° du domicile / édifice | Nom de rue | Type de rue (rue, avenue, etc.) | Point cardinal | |
| Information supplémentaire pour la livraison (données facultatives, c.-à-d. destinataire, titre, étage, etc.) | | | | | |
| Route rurale | | Succursale postale | | | |
| Ville / Village / Municipalité | | | Province | Code postal | |
| 1. Changement d'adresse - Nouvelle adresse au complet | | | | | |
| Unité / app. / bureau | N° du domicile / édifice | Nom de rue | Type de rue (rue, avenue, etc.) | Point cardinal | |
| Information supplémentaire pour la livraison (données facultatives, c.-à-d. destinataire, titre, étage, etc.) | | | | | |
| Route rurale | | Succursale postale | | | |
| Ville / Village / Municipalité | | | Province | Code postal | |

2. Changement de province

Date de départ du Manitoba (jour/mois/année)

- -

Date d'arrivée à votre nouvelle résidence (jour/mois/année)

- -

Nouvelle adresse - au complet

| Unité / app. / bureau | N° du domicile / édifice | Nom de rue | Type de rue (rue, avenue, etc.) | Point cardinal |
|-----------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|----------------|
|-----------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|----------------|

Information supplémentaire pour la livraison (données facultatives, c.-à-d. destinataire, titre, étage, etc.)

Route rurale

Succursale postale

Ville / Village / Municipalité

Province

Code postal

3. Personne à charge supplémentaire

Nom de famille

Prénom

Initiale

Lien de parenté entre la personne qui s'inscrit et l'assuré(e). S'il s'agit du conjoint, indiquer le nom de jeune fille de la personne qui s'inscrit, le cas échéant, ou l'ancien nom.

Date de naissance (jour/mois/année)

- -

Date du mariage (jour/mois/année)

- -

Ancien numéro d'immatriculation de Santé Manitoba (sans espaces)

N° d'assurance sociale (9 chiffres, sans espaces)

Ancien lieu de résidence

Si cette personne est résidente depuis peu, date d'arrivée (jour/mois/année)

- -

Ancien n° de carte de santé

TOUTE DEMANDE DE CHANGEMENT DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DU DOCUMENT LÉGAL PERTINENT. SI VOUS ÊTES DE L'EXTÉRIEUR DU CANADA, ANNEXEZ À LA PRÉSENTE UNE COPIE DE VOS DOCUMENTS DE RÉSIDENT PERMANENT OU DE VOTRE AUTORISATION À EXERCER UN EMPLOI.

3. Personne à charge supplémentaire (suite)

S'il s'agit du conjoint, veuillez cocher ce que vous préférez :

Après avoir été avisé d'un mariage, Santé Manitoba annule habituellement l'immatriculation de l'épouse et inclut le nom de cette dernière sur le certificat de son conjoint. Cependant, l'assuré a également les possibilités suivantes :

1. Les deux conjoints peuvent choisir de garder leur propre numéro d'immatriculation sous leur nom de famille respectif.

2. L'époux ou l'épouse peut choisir d'être le chef de famille avec un seul numéro d'immatriculation. Si un seul numéro est utilisé, sous quel nom doit-on émettre le certificat?

Prénom _____

Nom de famille de l'autre conjoint _____

4. Personne à charge en moins

| | | |
|----------------|--------|----------|
| Nom de famille | Prénom | Initiale |
|----------------|--------|----------|

| | |
|--|--|
| Date du divorce ou de la séparation (jour/mois/année) - - | Date du décès (jour/mois/année) - - |
|--|--|

| | |
|---|----------------------------------|
| Date de départ de la province, le cas échéant (jour/mois/année). - - | Nouvelle province / Nouveau pays |
|---|----------------------------------|

Adresse actuelle de l'époux(se) en cas de divorce ou de séparation

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|----------------|
| Unité / app. / bureau | N° du domicile / édifice | Nom de rue | Type de rue (rue, avenue, etc.) | Point cardinal |
|-----------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|----------------|

Information supplémentaire pour la livraison (données facultatives, c.-à-d. destinataire, titre, étage, etc.)

| | |
|--------------|--------------------|
| Route rurale | Succursale postale |
|--------------|--------------------|

| | | |
|--------------------------------|----------|-------------|
| Ville / Village / Municipalité | Province | Code postal |
|--------------------------------|----------|-------------|

TOUTE DEMANDE DE CHANGEMENT DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DU DOCUMENT LÉGAL PERTINENT.

5. Autres changements (veuillez préciser) :

| |
|--|
| |
|--|

Signature :

Date :