

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS/MALADIE DEMANDE DE MODIFICATIONS

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM :	PRÉNOM :	NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHANGEMENT D'ADRESSE

ADRESSE :	RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> BUREAU <input type="checkbox"/>	DATE DU CHANGEMENT :	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
VILLE ET PROVINCE :	<input type="text"/>		
<input type="text"/>		CODE POSTAL :	<input type="text"/>
TÉL. (BUREAU) :	TÉL. (RÉSIDENCE) :	COURRIEL :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHANGEMENT D'OPTION

INDIVIDUELLE	COUPLE	MONOPARENTALE	FAMILIALE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE IMPORTANTE : Un adhérent doit maintenir son choix d'option pour une période minimale de 2 ans avant de pouvoir effectuer un changement d'option.

CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

- A - Mariage
- B - Début d'admissibilité d'un conjoint (12 mois de cohabitation ou naissance d'un enfant)
- C - Naissance ou adoption d'un enfant à charge
- D - Fin d'admissibilité d'un enfant à charge
- E - Lorsque le conjoint acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur
- F - Séparation/divorce

VEUILLEZ INDICER
L'ÉVÉNEMENT
JUSTIFIANT
LA MODIFICATION :

DATE
DE L'ÉVÉNEMENT :

STATUT DE PROTECTION

INDIVIDUELLE	COUPLE	MONOPARENTALE	FAMILIALE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

SEXÉ : DATE DE NAISSANCE :

ÉTAT DE LA PERSONNE À CHARGE
E : Étudiant à plein temps
(21 à 25 ans inclusivement)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOINS DENTAIRES

METTRE FIN À CETTE GARANTIE

Il est impossible d'adhérer à nouveau à cette garantie après une annulation. L'annulation est possible seulement si vous détenez cette garantie depuis plus de 3 ans.

METTRE FIN À CETTE ASSURANCE

JE SERAI DORÉNAVANT PROTÉGÉ(E) PAR LE RÉGIME DE MON :

CONJOINT(E) EMPLOYEUR AUTRE ASSOCIATION

Il est important de noter que la loi 33 vous oblige à détenir une assurance médicaments. De plus, prendre note que vous n'avez pas accès au régime d'assurance médicaments de la RAMQ si vous êtes âgé(e)s de moins de 65 ans.

SIGNATURE

DATE