

**RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS/MALADIE**

DEMANDE DE MODIFICATION/ANNULATION

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

NOM :  PRÉNOM :  NUMÉRO D'IDENTIFICATION :

**CHANGEMENT D'ADRESSE**

ADRESSE :  RÉSIDENCE  BUREAU  DATE DU CHANGEMENT :

VILLE ET PROVINCE :  CODE POSTAL :

TÉL. (CELLULAIRE) :  TÉL. (RÉSIDENTE) :  COURRIEL :

**CHANGEMENT D'OPTION\***

	INDIVIDUELLE	COUPLE	MONOPARENTALE	FAMILIALE
<b>OPTION 1</b> Moins de 65 ans (Assurance médicaments et voyage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OPTION 2</b> Moins de 65 ans (Assurances médicaments, maladie et voyage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OPTION 3</b> Moins de 65 ans (Assurances médicaments - Liste RAMQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OPTION B</b> 65 ans et plus (Assurance maladie et voyage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**\*IMPORTANT :** Vous devez être assuré en vertu de l'option 2 - Assurances médicaments, maladie et voyage et le même statut doit s'appliquer aux 2 protections. Les frais dentaires engagés au cours des six (6) premiers mois qui suivent l'entrée en vigueur de la protection d'un assuré sont exclus. Un adhérent doit maintenir l'option 2 et soins dentaires pour une période minimale de 3 ans avant de pouvoir effectuer un changement ou mettre fin à la protection.

**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 INDIQUER 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"/>	<input type="checkbox"/>
NOM :	SEXE :	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 sur l'assurance médicaments vous oblige à détenir une protection en tout temps. De plus, prendre note que vous n'avez pas accès au régime d'assurance médicaments de la RAMQ si vous êtes âgé(e) de moins de 65 ans.

SIGNATURE

DATE

VEUILLEZ NOUS TRANSMETTRE CE DOCUMENT SIGNÉ PAR DÉPÔT SÉCURISÉ : <https://sogemec.com/espace-client/medecin-depot-fichier/>