

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS/MALADIE DEMANDE DE MODIFICATIONS

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM : PRÉNOM : NUMÉRO D'IDENTIFICATION :

CHANGEMENT D'ADRESSE

ADRESSE : RÉSIDENCE BUREAU DATE DU CHANGEMENT :

VILLE ET PROVINCE : CODE POSTAL :

TÉL. (BUREAU) : TÉL. (RÉSIDENT) : COURRIEL :

CHANGEMENT D'OPTION

INDIVIDUELLE COUPLE MONOPARENTALE FAMILIALE

OPTION 1 - MOINS DE 65 ANS (MÉDICAMENTS LISTE RAMQ - TÉLÉMEDECINE)

OPTION 2 - MOINS DE 65 ANS (ASSURANCES MÉDICAMENTS, MALADIE ET VOYAGE)

OPTION 3 - MOINS DE 65 ANS (ASSURANCES MÉDICAMENTS - LISTE RAMQ)

OPTION B - 65 ANS ET PLUS (ASSURANCE MALADIE ET VOYAGE)

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 INDIQUER
L'ÉVÉNEMENT
JUSTIFIANT
LA MODIFICATION :

DATE
DE L'ÉVÉNEMENT :

STATUT DE PROTECTION

INDIVIDUELLE COUPLE MONOPARENTALE FAMILIALE

NOM : SEXE : DATE DE NAISSANCE : ÉTAT DE LA PERSONNE À CHARGE
E - Étudiant à plein temps
(21 à 25 ans inclusivement)

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