



## RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS/MALADIE DEMANDE DE MODIFICATIONS

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom :	Prénom :	Numéro d'identification :
-------	----------	---------------------------

### CHANGEMENT D'ADRESSE

Adresse <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau	Date du changement :
Ville et province :	Code postal :
Tél. (bureau) : ( )	Tél. (résidence) : ( )
	Courriel :

### CHANGEMENT D'OPTION

<b>OPTION 1</b> – Moins de 65 ans (Assurance médicaments seulement)	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Familiale
<b>OPTION 2</b> – Moins de 65 ans (Assurances médicaments et maladie)	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Familiale
<b>OPTION B</b> – 65 ans et plus (Assurance maladie seulement)	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Familiale

**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) décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge;
- e) fin d'admissibilité d'un enfant à charge;
- f) lorsque le conjoint acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur.

**Veillez indiquer l'événement justifiant la modification \_\_\_\_\_ Date de l'événement : JJ / MM / AAAA**

<b>STATUT DE PROTECTION</b>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Familiale
Nom de la personne à charge	Sexe	Date de naissance	Numéro d'assurance maladie	État de la personne à charge E : Étudiant à plein temps (21 à 25 ans inclusivement)

### METTRE FIN À CETTE ASSURANCE

**JE SERAI DORÉNAVANT PROTÉGÉ(E) PAR LE RÉGIME DE MON :** CONJOINT(E)  EMPLOYEUR  AUTRE

(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 \_\_\_\_\_**