

Notice of Change Form

Formule d'avis de changement

Insured Benefits Branch
300 Carlton Street
Winnipeg MB R3B 3M9

Direction des services assurés
300, rue Carlton
Winnipeg MB R3B 3M9

Manitoba Health Santé Manitoba



THIS FORM IS TO BE USED FOR REPORTING THE CHANGES LISTED. PLEASE COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW.
CETTE FORMULE EST PRÉVUE À DES FINS DE CHANGEMENT D'ADRESSE OU AUTRE. VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION QUI CORRESPOND À VOTRE SITUATION.

REGISTRATION NUMBER NUMÉRO D'IMMATRICULATION	PERSONAL HEALTH I.D. NO. N° D'IDENTIFICATION PERSONNELLE	SOCIAL INSURANCE NO. N° D'ASSURANCE SOCIALE	TELEPHONE NO./N° DE TÉLÉPHONE BUS./TRAV.
			HOME/DOM.
REGISTRANT'S NAME NOM DE L'ASSURÉ(E)	SURNAME NOM DE FAMILLE	FIRST NAME PRÉNOM	DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE
		DAY/JOUR	MO./MOIS
		YR./ANNÉE	

CURRENT ADDRESS
ADRESSE ACTUELLE

STREET & NO. N°, RUE

CITY - TOWN VILLE

POSTAL CODE CODE POSTAL

1
CHANGE OF ADDRESS
CHANGEMENT D'ADRESSE

NEW ADDRESS
IN FULL
NOUVELLE ADRESSE
AU COMPLET

STREET & NO. N°, RUE

CITY - TOWN VILLE

POSTAL CODE CODE POSTAL

2
LEFT PROVINCE
CHANGEMENT DE PROVINCE

DATE OF DEPARTURE FROM MANITOBA
DATE DE DÉPART DU MANITOBA

DATE OF ARRIVAL IN NEW PLACE OF RESIDENCE
DATE D'ARRIVÉE À VOTRE NOUVELLE RÉSIDENCE

DAY/JOUR

MO./MOIS

YR./ANNÉE

NEW ADDRESS
IN FULL
ADRESSE
AU COMPLET

STREET & NO. N°, RUE

CITY - TOWN VILLE

POSTAL CODE CODE POSTAL

3
ADDITION OF DEPENDANT
PERSONNE À CHARGE
SUPPLÉMENTAIRE

NAME IN FULL
NOM AU COMPLET

SURNAME NOM DE FAMILLE

FIRST NAME PRÉNOM

Relationship of Dependent to Registrant (if spouse, indicate maiden name of applicant, if applicable, or previous name)
Lien de parenté entré 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 OF BIRTH
DATE DE NAISSANCE

DATE OF MARRIAGE
DATE DU MARIAGE

DAY/JOUR

MO./MOIS

YR./ANNÉE

PREVIOUS MANITOBA HEALTH NO.
ANCIEN NUMÉRO DE SANTÉ MANITOBA

SOCIAL INSURANCE NUMBER
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

FORMER PLACE OF RESIDENCE
ANCIEN LIEU DE RÉSIDENCE

IF NEW RESIDENT, DATE OF ARRIVAL
SI CETTE PERSONNE EST RÉSIDENTE DEPUIS PEU, DATE D'ARRIVÉE

PREVIOUS HEALTH NO.
ANCIEN N° DE CARTE DE SANTÉ

DAY/JOUR

MO./MOIS

YR./ANNÉE

LEGAL DOCUMENT MUST ACCOMPANY REQUESTED CHANGE SEE REVERSE FOR OPTIONS TOUTE DEMANDE DE CHANGEMENT DOIT ACCOMPAGNER LE DOCUMENT LÉGAL PERTINENT VOIR AU VERSO LES OPTIONS DISPONIBLE

IF FROM OUTSIDE CANADA, ATTACH PERMANENT RESIDENT DOCUMENTS OR EMPLOYMENT AUTHORIZATION. 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.

4
DELETION OF DEPENDANT
PERSONNE À CHARGE
EN MOINS

NAME IN FULL
NOM AU COMPLET

DATE OF DIVORCE OR SEPARATION
DATE DU DIVORCE OU DE LA SÉPARATION

DATE OF DEATH
DATE DU DÉCÈS

DAY/JOUR

MO./MOIS

YR./ANNÉE

IF LEFT PROVINCE, DATE OF DEPARTURE
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE LE CAS ÉCHÉANT

NAME OF NEW PROVINCE/COUNTRY
NOM DE NOUVELLE PROVINCE/PAYS

DAY/JOUR

MO./MOIS

YR./ANNÉE

CURRENT ADDRESS OF SPOUSE IF DIVORCE OR SEPARATION
ADRESSE ACTUELLE DE L'ÉPOUX(SE) EN CAS DE DIVORCE OU DE SÉPARATION

STREET & NO. N°, RUE

CITY - TOWN VILLE

POSTAL CODE CODE POSTAL

LEGAL DOCUMENT MUST ACCOMPANY REQUESTED CHANGE TOUTE DEMANDE DE CHANGEMENT DOIT ACCOMPAGNER LE DOCUMENT LÉGAL PERTINENT

5
OTHER CHANGES (SPECIFY)
AUTRES (PRÉCISEZ)

FORM COMPLETED BY
FORMULE REMPLIE PAR

SIGNATURE

DATE

If addition of spouse, please check the option you prefer.

It is the practice of Manitoba Health following notification of a marriage to cancel one of the spouse's Manitoba Health registration and include their name under one registration number. However, the following registration options are also available to the registrant:

1. Both spouses may elect to retain their own registration number under their respective surnames.
2. Either spouse may choose to be the family head under one registration number. If one registration number is to be used, in which name is the card to be issued?

Name _____

Surname of other spouse _____

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 _____

PHONE NUMBERS

(204) 786-7101

(204) 783-2171 (Fax)

Toll Free: 1-800-392-1207

Toll Free Fax: 1-866-608-2983

(204) 786-7101

(204) 783-2171 (télécopieur)

Sans frais: 1 (800) 392-1207

Sans frais: 1 (866) 608-2983 (télécopieur)