

# DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

**À NOTER :** Les renseignements personnels fournis dans le présent document sont recueillis sous le régime de la *Loi sur l'assurance-maladie* et seront utilisés pour mettre à jour les renseignements qui figurent sur votre carte d'assurance-maladie. Ces renseignements sont protégés par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions à ce sujet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse indiquée ci-dessus.

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Prière d'écrire en lettres moulées)

Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Ancienne adresse		Adresse postale		Ville/Village	
				Code postal	
Adresse du domicile (n° de maison et nom de rue)					
Nouvelle adresse		Adresse postale		Ville/Village	
				Code postal	
Adresse du domicile (n° de maison et nom de rue)				Téléphone (travail) ( )	Téléphone (domicile) ( )

## Énumérez les membres de la famille qui ont déménagé à la nouvelle adresse - Inclure l'épouse et toutes personnes à charge (18 ans ou moins) :

Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie	

"J'atteste que je réside aux Territoires du Nord-Ouest. Je comprends que le fait de fournir des renseignements faux ou trompeurs dans le présent formulaire constitue une infraction. En signant ce formulaire, j'autorise l'Administration des services de santé à vérifier les renseignements et la documentation fournis aux fins de cette demande."

Signature \_\_\_\_\_ Date (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (jour/mois/année) \_\_\_\_\_