

Nom du requérant:

Date de naissance

N° ass.-maladie des TNO

***Nom du conjoint/personnes à charge**

Date de naissance

N° ass.-maladie des TNO

*Est-ce que les personnes susmentionnées seront avec vous à l'extérieur des Territoires pendant votre absence temporaire? OUI NON

*Resteront-elles aux TNO? OUI NON

Raison de l'absence - Cochez (✓) la raison ci-dessous :

- Médicale *fournir une lettre du médecin des TNO expliquant la raison et la durée de votre séjour à l'extérieur des TNO*
- Études *fournir une copie de votre lettre d'acceptation précisant votre cours ou une lettre du bureau du registraire confirmant que vous êtes inscrit À TEMPS PLEIN.*
- Travail *fournir le nom, adresse, numéro de téléphone et de fax de votre employeur comme personne contact.*

*Voyage/vacances - Où?: _____
 (*Si différent de l'adresse temporaire ci-dessous)

Date de départ : _____ **Date prévue du retour :** _____

Adresse permanente aux TNO/N° de téléphone : _____ **Adresse temporaire à l'extérieur des TNO/N° de téléphone :** _____

Signature: _____ **Date:** _____

Si vous avez besoin de carte(s) d'assurance-maladie, cochez ici :

Où voulez-vous qu'on vous envoie votre carte? Adresse permanente aux TNO

Adresse à l'extérieur des TNO

===== RETOURNEZ LE FORMULAIRE À L'ADRESSE QUI SUIT =====

NOTE : L'INFORMATION PERSONNELLE EST RECUEILLIE EN VERTU DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE* AFIN DE DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME. CETTE INFORMATION EST PROTÉGÉE EN VERTU DES DISPOSITIONS SUR LA VIE PRIVÉE DE LA *LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE*. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS À CET EFFET, APPELEZ UN PRÉPOSÉ À L'INSCRIPTION À L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE.

**Section des inscriptions
Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des TNO
Sac postal 9
INUVIK NT X0E 0T0**

**Tél. : (867) 777-7408/7411; fax : (867) 777-3197
Sans frais : 1 800 661-0830 (au Canada seulement)**