



DEMANDE DE CERTIFICAT DE COUVERTURE HORS PROVINCE

Écrire en caractères d'imprimerie

Les **ÉTUDIANTS** qui demandent un certificat de couverture hors province doivent fournir la preuve qu'ils sont inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement.

Les **TRAVAILLEURS QUITTANT TEMPORAIREMENT LA PROVINCE** qui demandent un certificat de couverture doivent fournir la preuve de leur affectation sur du papier à l'en-tête officiel de l'entreprise ou de la société qui les embauche.

PERSONNE(S) VISÉES PAR LA DEMANDE DE COUVERTURE

NOM	TOUS LES PRÉNOMS	Numéro d'inscription au MCP	Date de naissance (AA/MM/JJ)

ADRESSE POSTALE À TERRE-NEUVE

Rue/ Case postale		Ville/ Municipalité	
Province	Code postal	Numéro de téléphone (Domicile)	Numéro de téléphone (Travail)

ADRESSE À L'EXTÉRIEUR DE TERRE-NEUVE

Rue/ Case postale		Ville/ Municipalité	
Province/ État	Pays	Code postal /Zip Code	Numéro de téléphone (Domicile)
			Numéro de téléphone (Travail)

DÉTAILS SUR LE SÉJOUR À L'EXTÉRIEUR DE TERRE-NEUVE

Date du départ de Terre-Neuve-et-Labrador	Date de retour prévue
Raison du séjour à l'extérieur de la province	

DÉCLARATION (Toute personne qui fournit de faux renseignements pour obtenir une couverture du régime d'assurance-soins médicaux (MCP) de Terre-Neuve-et-Labrador commet une infraction.)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et que la (les) personne(s) mentionnée(s) dans le présent formulaire réside(nt) à Terre-Neuve-et-Labrador.	
Signature	Date