

DÉPART DU MANITOBA

Veillez fournir les renseignements tels qu'ils figurent sur votre carte Santé. Vous pouvez uniquement signaler un départ du Manitoba pour vous, votre conjoint (s'il figure sur la même carte Santé), un enfant de moins de 18 ans (si vous êtes le parent ou tuteur) ou si vous êtes procureur pour le titulaire de la carte.

Renseignements sur le titulaire de la carte

Numéro d'inscription:	Numéro d'identification personnelle:	
Numéro de téléphone principal:	Adresse de courriel:	
Nom de famille:	Prénom:	Deuxième prénom:
Sexe: Homme Femme Non-Binaire		
Date de naissance:		

Adresse actuelle (l'adresse inscrite sur votre carte de Santé Manitoba)

Remarque: Veuillez-vous assurer de l'exactitude de votre adresse résidentielle ou postale telle que saisie dans ce formulaire. Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour confirmer vos renseignements dans notre base de données. Si une erreur se produit, elle pourrait faire en sorte que le courrier de Santé Manitoba soit retourné à l'expéditeur avec la mention de courrier non distribuable, entraînant la possibilité de suspendre vos prestations d'assurance maladie.

Adresse actuelle*:

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal:

Départ du Manitoba

Veillez choisir une option :

Remplir **Section A** si:

- a) Vous êtes célibataire.
- b) Vous êtes une famille qui quitte le Manitoba ensemble.

Remplir **Section B** si:

- a) Une personne quitte le Manitoba avant son conjoint ou les personnes à sa charge.

Remplir **Section C** si:

- a) À remplir lorsqu'un conjoint quitte le Manitoba, mais le reste de sa famille y demeure.

Section A: Les célibataires ou les familles qui quittent le Manitoba ensemble

En remplissant cette partie, j'atteste que je quitte définitivement le Manitoba, avec les personnes à ma charge le cas échéant, comme indiqué ci-dessous:

Date de départ du Manitoba:
Date d'arrivée au nouveau lieu de résidence:

Remarque: Veuillez-vous assurer de l'exactitude de votre adresse résidentielle ou postale telle que saisie dans ce formulaire. Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour confirmer vos renseignements dans notre base de données. Si une erreur se produit, elle pourrait faire en sorte que le courrier de Santé Manitoba soit retourné à l'expéditeur avec la mention de courrier non distribuable, entraînant la possibilité de suspendre vos prestations d'assurance maladie.

Section A suite

Nouvelle adresse résidentielle*

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal

Adresse postal

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal:

Section B: Une personne quitte le Manitoba avant son conjoint ou les personnes à sa charge

En remplissant cette partie, j'atteste que je quitte définitivement le Manitoba et que les personnes à ma charge quitteront la province à une date ultérieure, comme indiqué ci-dessous:

Date de départ du Manitoba:
Date d'arrivée au nouveau lieu de résidence:
Date de départ du Manitoba des personnes à charge:
Date d'arrivée des personnes à charge au nouveau lieu de résidence:

Remarque: Veuillez-vous assurer de l'exactitude de votre adresse résidentielle ou postale telle que saisie dans ce formulaire. Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour confirmer vos renseignements dans notre base de données. Si une erreur se produit, elle pourrait faire en sorte que le courrier de Santé Manitoba soit retourné à l'expéditeur avec la mention de courrier non distribuable, entraînant la possibilité de suspendre vos prestations d'assurance maladie.

Nouvelle adresse résidentielle

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal

Adresse postal

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal:

Section C: Un conjoint quitte le Manitoba, mais le reste de sa famille y demeure

En remplissant cette partie, j'atteste que je quitte définitivement le Manitoba, comme indiqué ci-dessous, et que les personnes à ma charge resteront au Manitoba:

Date de départ du Manitoba:
Date d'arrivée au nouveau lieu de résidence:

Remarque: Veuillez-vous assurer de l'exactitude de votre adresse résidentielle ou postale telle que saisie dans ce formulaire. Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour confirmer vos renseignements dans notre base de données. Si une erreur se produit, elle pourrait faire en sorte que le courrier de Santé Manitoba soit retourné à l'expéditeur avec la mention de courrier non distribuable, entraînant la possibilité de suspendre vos prestations d'assurance maladie.

Nouvelle adresse résidentielle*

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal:

Adresse postal

Numéro d'appartement ou d'unité:	Adresse résidentielle/C.P.:	
Ville, village ou municipalité:	Province:	Code postal:

Formulaire rempli par

Nom de famille:	Prénom:
Date:	

Signature:

- En cochant cette case, j'atteste que les renseignements ci-inclus sont exacts. Le paragraphe 42 de la Loi sur l'assurance-maladie prévoit une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ pour toute personne déclarée coupable d'avoir fourni des renseignements faux ou trompeurs.