

Avis de décès

Veillez fournir les bons renseignements tels qu'ils figurent sur votre carte Santé.

Renseignements sur le titulaire de la carte qui est décédé

Numéro d'inscription : _____

Numéro d'identification personnelle : _____

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Deuxième prénom (facultatif) : _____

Sexe :

- Homme
- Femme
- Non binaire

Date de naissance*

Documentation

Veillez joindre une copie de **l'un** des documents suivants confirmant le décès du titulaire de la carte de santé :

Bureau de l'état civil du Manitoba

Certificat de décès

Autre

Certificat d'un cadre de salon funéraire

Formulaire rempli par

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Date : _____

Lien avec le titulaire de la carte de santé : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Mode de correspondance préféré Courriel Téléphone

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.