

CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DU SEXE

Veillez fournir les renseignements tels qu'ils figurent sur votre carte Santé. Vous pouvez uniquement demander un changement de désignation du sexe 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:		

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* (l'adresse inscrite sur votre carte de Santé Manitoba) :

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

Adresse postale

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

Changement de désignation du sexe

J'aimerais remplacer la désignation de mon sexe par*

Homme Femme Non binaire

Documentation

Veillez joindre une copie de votre **Certificat de naissance du Manitoba** ou de votre **Certificat de changement de désignation du sexe** mis à jour du Bureau de l'état civil du Manitoba avec votre formulaire de demande. Si la désignation de votre sexe a été modifiée dans une autre province ou un autre territoire ou un autre pays, veuillez fournir le document de changement de désignation du sexe approprié de cette province, de ce territoire ou de ce pays.

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.