

CHANGEMENT DE NOM

Veillez fournir les renseignements tels qu'ils figurent sur votre carte Santé. Vous pouvez uniquement demander un changement de nom 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 nom (la façon dont votre nouveau nom légal ou vos nouveaux noms légaux devraient figurer sur la carte de Santé Manitoba)

Nom de famille:	Prénom:	Deuxième prénom:
-----------------	---------	------------------

Documentation

Veillez joindre une copie de **l'un** des documents suivants montrant le changement de nom(s) à votre formulaire de demande :

Direction de l'état civil du Manitoba

Certificat de mariage,

Certificat de naissance,

Changement de nom légal

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Citoyenneté canadienne

Carte de résident permanent

Autre

Certificat de divorce

Aurez-vous besoin d'un changement d'adresse?

Oui

Non

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 postale

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 5000\$ pour toute personne déclarée coupable d'avoir fourni des renseignements faux ou trompeurs.