

# Demande pour l'obtention d'une attestation pour le résident du Québec se rendant en Suède

Entente du 1<sup>er</sup> avril 1988 entre le Québec et la Suède

## 1. Personne assurée

Nom de famille à la naissance			Prénom		
Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance maladie		Téléphone au domicile IND. RÉG.
					Téléphone au travail IND. RÉG.
Adresse au Québec (numéro, rue)					Appartement
Localité					Code postal
					Québec

Remplissez la section 2 **ou** 3 selon votre situation.

## 2. Absence temporaire du Québec

Cochez la case appropriée, selon la raison de votre absence temporaire du Québec. <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Études					
Date de départ du Québec		ANNÉE MOIS JOUR	Date prévue de retour		ANNÉE MOIS JOUR
Remarques, s'il y a lieu					

## 3. Départ définitif du Québec

Date de départ du Québec pour s'établir en Suède	ANNÉE MOIS JOUR

## 4. Identité des personnes qui vous accompagnent

4.1 Votre conjoint			
Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance maladie
4.2 Les personnes à votre charge de moins de 18 ans (toute personne de 18 ans et plus doit remplir sa propre demande)			
Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance maladie
Veuillez spécifier les dates de départ et de retour de ces personnes, si différentes des dates inscrites à la section 2 ou 3.			
Date de départ ou d'établissement hors du Québec	ANNÉE MOIS JOUR	Date prévue de retour (séjour temporaire seulement)	ANNÉE MOIS JOUR

## 5. Signature de la personne assurée

_____	_____
Signature	Date

## Instructions

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance maladie du régime de la Suède, il vous faut produire une attestation de votre qualité de personne assurée délivrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Pour l'obtenir, vous devez remplir les sections 1 et 5, la section 2 ou 3 et, s'il y a lieu, la section 4 du présent formulaire et nous le retourner à l'adresse suivante :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**

**Case postale 16000**

**Québec (Québec) G1K 9A2**

Sur réception du formulaire dûment rempli, la Régie vous délivrera l'attestation d'affiliation.