

État de la contribution

Régime d'assurance collective

L'assureur d'origine doit remplir la section **A** et apposer son sceau ou son timbre sur le formulaire.
Le titulaire du certificat d'assurance doit remplir les sections **B** et **C**.

A - ASSUREUR D'ORIGINE

Identité du titulaire du certificat					
Nom de famille à la naissance (en lettres majuscules)			Prénom usuel		
Adresse résidentielle					
Numéro		Rue		Appartement	
Localité			Province		Code postal
Identité de l'assureur d'origine			Période visée		
			Année Mois Jour		
			du		
			au		
			Année Mois Jour		
			Contribution totale		

B - PERSONNES ASSURÉES Titulaire du certificat et conjoint s'il y a lieu

Numéro d'assurance maladie		Nom et prénom			Date de naissance			Sexe	Contribution attribuée à cette personne assurée
					Année Mois Jour			(M ou F)	

C - DÉCLARATION DU TITULAIRE DU CERTIFICAT OU DE SON REPRÉSENTANT

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et je demande que les sommes versées à mon ancien assureur à titre de contribution soient considérées dans le calcul du montant maximal annuel de ma contribution au régime public d'assurance médicaments.

SIGNATURE DU TITULAIRE								
			Date		Numéro de téléphone (domicile)		Numéro de téléphone (travail)	
			Année Mois Jour		Ind. régional		Ind. régional	

N'oubliez pas de faire parvenir votre formulaire dûment signé à l'adresse ci-dessous :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600 – Succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3