

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire). **Pour faire une demande d'inscription au Programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire (PPAMC), vous devez d'abord être inscrit au Régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest.**

À noter : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.

1. Le programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire est un payeur de dernier recours. Vous devez d'abord soumettre une demande de prestation auprès de votre régime d'assurance collective (régime de votre employeur) ou de tout autre régime semblable.
2. Si les renseignements relatifs à votre employeur doivent être modifiés, veuillez en aviser sans tarder le coordonnateur des prestations à l'adresse suivante : Coordonnateur des prestations, Prestations d'assurance-maladie, Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0.
Fax : 867-777-3197; téléphone : 867-777-7400; 1-800-661-0830 (sans frais).

DEMANDEUR

Nom	Prénom	Init.	Né le (a/m/j)	Numéro de R.A.M.
Adresse postale	Ville ou communauté	Code postal		Numéro de téléphone
Nom du conjoint/du conjoint de fait			Numéro de téléphone	Numéro de R.A.M.

EMPLOI

DESCRIPTION	DEMANDEUR	CONJOINT/CONJOINT DE FAIT
Avez-vous un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom de l'employeur (Si gouvernement, préciser le nom du ministère)		
Adresse de l'employeur		
Numéro de téléphone de l'employeur		
Êtes-vous couvert par un régime d'assurance collective?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, donner le nom du régime		

ATTESTATION DU DEMANDEUR

Je consens à la divulgation de mes renseignements personnels au Programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire afin de déterminer mon admissibilité à la couverture de la prestation d'assurance-maladie complémentaire.

 X

Signature du demandeur

Date (a/m/j)

RENNVOYER À :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régime d'assurance-maladie supplémentaire
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0

Téléphone : 867-777-7400
Sans Frais : 1-800-661-0830