

FORMULAIRE À INCLURE AVEC VOS DOCUMENTS FORM TO BE GIVEN WITH YOUR DOCUMENTS

M. Mme

Prénom / First name

Nom de famille / Family name

Adresse / Address

Ville / City

Code postale / Postal code

Date de naissance / Date of birth

Téléphone / Telephone

Courriel / E-Mail

Avez vous habité seul(e) toute l'année 2020?
Did you live alone all year 2020? oui / yes non / no

Vous étiez assuré pour les médicaments avec votre employeur l'employeur de votre conjoint(e) ou RAMQ

CONJOINT(E) / SPOUSE

M. Mme

Prénom / First name

Nom de famille / Family name

Date de naissance / Date of birth

Téléphone / Telephone

Courriel / E-Mail

Vous étiez assuré pour les médicaments avec votre employeur l'employeur de votre conjoint(e) ou RAMQ

ENFANTS :

Nom / Name

Date de naissance / Date of birth

Nom / Name

Date de naissance / Date of birth

Célibataire / Single

Veuf(ve) / Widow

Marié(e) / Married

Séparé(e) / Separated

Divorcé(e) / Divorced

Conjoint de fait / Common Law Spouses

Notes : _____

