

<p>SECTION A – IDENTIFICATION</p> <p>SUBSCRIBER'S YHCIP NUMBER N° RASY DU SOUSCRIPTEUR/DE LA SOUSCRIPTRICE</p> <p>NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALES)</p>	<p>PARTIE A – IDENTIFICATION</p> <p>TYPE OF CHANGE CHECK ONE TYPE DE CHANGEMENT COCHER UNE CASE</p> <p>CANCEL COVERAGE ANNULATION 1 <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER CHANGES MODIFICATION 2 <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

FILL IN SECTIONS A AND D ONLY
REPLIR UNIQUEMENT LES PARTIES A ET D

FILL IN SECTIONS A AND D AND OTHER SECTIONS AS REQUIRED
REPLIR LES PARTIES A ET D ET TOUTE AUTRE PARTIE AU BESOIN

<p>SECTION B – SUBSCRIBER</p> <p>NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALES)</p> <p>MAILING ADDRESS ADRESSE POSTALE</p> <p>RESIDENCE ADDRESS ADRESSE DOMICILIAIRE</p>	<p>PARTIE B – SOUSCRIPTEUR/SOUSCRIPTRICE</p> <p>SOCIAL INSURANCE NUMBER N° D'ASSURANCE SOCIALE</p> <p>BIRTH DATE DATE DE NAISSANCE</p> <p>SEX SEXE</p> <p>BAND/DISC NUMBER N° DE BANDE</p> <p>CITY/TOWN VILLE/VILLAGE</p> <p>POSTAL CODE CODE POSTAL</p> <p>CITY/TOWN VILLE/VILLAGE</p> <p>TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE</p>
---	--

**FOR YHCIP USE ONLY
RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU**

CANCEL ANNULATION	TERM PER.	
YY AA MM MM		
PREMIUM PRIME	EFFECTIVE DATE ENTRÉE EN VIGUEUR	CARD CARTE
	YY AA MM MM	

ADDITIONS AJOUTS	<p>SECTION C – DEPENDANTS</p> <p>PARTIE C – PERSONNES À CHARGE</p> <p>ARRIVAL DATE DATE D'ARRIVÉE</p> <p>NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALES)</p> <p>SOCIAL INSURANCE NUMBER N° D'ASSURANCE SOCIALE</p> <p>BIRTH DATE DATE DE NAISSANCE</p> <p>SEX SEXE</p> <p>BAND/DISC NUMBER N° DE BANDE</p>	<p>DEP. PERS. À CH.</p> <p>YHCIP I.D. C.I. RASY</p> <p>CLAIMS EFFECTIVE VALIDITÉ</p>																														
	<p>SPOUSE CONJOINT/ CONJOINTE</p> <p>CHILD ENFANT</p> <p>CHILD ENFANT</p>	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	2										3										3									
2																																
3																																
3																																

CHANGES MODIFICATIONS	<p>YHCIP I.D. C.I. DU RASY</p> <p>NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALES)</p> <p>SOCIAL INSURANCE NUMBER N° D'ASSURANCE SOCIALE</p> <p>BIRTH DATE DATE DE NAISSANCE</p> <p>SEX SEXE</p> <p>BAND/DISC NUMBER N° DE BANDE</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															

DELETE SUPPRESSIONS	<p>YHCIP I.D. C.I. DU RASY</p> <p>NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALES)</p> <p>DELETION DATE DATE DE SUPPRESSION</p> <p>REASON FOR DELETION MOTIF</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										

<p>SECTION D – DECLARATION</p> <p>PARTIE D – DÉCLARATION</p> <p>I hereby declare that I am a resident of the Yukon and I understand that it is an offence to give false information in this application. <i>Je déclare par la présente que je suis résident/résidente du Yukon. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration de ma part dans le présent avis constitue une infraction.</i></p> <p>SIGNATURE SIGNATURE</p> <p>DATE DATE</p>	<p>REASON FOR CANCELLATION OF YHCIP COVERAGE MOTIF JUSTIFIANT L'ANNULATION DE LA PROTECTION DU RASY</p> <p>DATE ENTERED TRAITÉ LE</p> <p>CHECKED BY VÉRIFIÉ PAR</p>
---	---

CANCEL ANNULATION	TERM PER.
YY AA MM MM	
YY AA MM MM	
DATE ENTERED TRAITÉ LE	CHECKED BY VÉRIFIÉ PAR
YY AA MM JJ	

Notice to clients: Information is collected under the authority of the Health Care Insurance Plan Act for the purpose of determining program eligibility. Queries should be directed to the Registration Receptionist at 667-5209 or toll free, at 1-800-661-0408, ext. 5209.

Avis à la clientèle : Les renseignements sont obtenus en vertu de la Loi sur l'assurance-santé pour permettre de déterminer l'admissibilité au programme. Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec la personne responsable de l'inscription au 667-5209, ou sans frais au 1-800-661-0408, poste 5209.

DEFINITIONS

“Resident” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the Yukon, but does not include a tourist, transient or visitor to the Yukon.

“Dependant” means in relation to any person,

- (i) the spouse of that person.
- (ii) each unmarried child under the age of 19 years who is also a dependant for income tax purposes of that person,
- (iii) each unmarried child of at least 19 years of age, but less than 25 years of age, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of being in full time attendance at an accredited institute, college or university, and
- (iv) each unmarried child of 19 years of age or over, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of mental or physical infirmity.

Mailing address:

Yukon Health Care Insurance Plan
Box 2703
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6

Yukon.Healthcare@gov.yk.ca

DÉFINITIONS

«Résident/résidente» désigne une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l’exception d’une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon.

«Personnes à charge» désigne :

- i) le conjoint/la conjointe d’une personne;
- ii) les enfants non mariés et âgés de moins de 19 ans, également considérés comme personne à charge en ce qui a trait à l’impôt sur le revenu d’une personne;
- iii) les enfants non mariés âgés d’au moins 19 ans et de moins de 25 ans, considérés comme personnes à charge en ce qui a trait à l’impôt sur le revenu du fait qu’ils fréquentent à temps plein une institution, un collège ou une université;
- iv) les enfants non mariés de 19 ans ou plus, considérés comme personnes à charge en ce qui a trait à l’impôt sur le revenu pour des causes d’incapacité mentale ou physique.

Adresse postale :

Régime d’assurance-santé du Yukon
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Yukon.Healthcare@gov.yk.ca