

**Veillez remplir le présent formulaire si vous vous absentez du Yukon pour trois mois ou plus.**

Les renseignements fournis dans les présentes sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* afin de déterminer l'admissibilité au régime. Pour toute demande de renseignements, veuillez vous adresser au Service d'assurance-santé, au 667-5209 ou (sans frais) au 1-800-661-0408; par écrit, à l'adresse : H-2, C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6.

Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php).

Numéro d'assurance-santé du Yukon :

0 0 2 - - - - -

Nom :

Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Motif de l'absence : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date de départ : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Date de retour : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Adresse au Yukon :

Case postale ou adresse municipale \_\_\_\_\_

Yukon  
Ville/Localité \_\_\_\_\_ Province/Territoire

Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone au Yukon : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse temporaire durant votre absence :

Case postale ou adresse municipale \_\_\_\_\_

Ville/Localité \_\_\_\_\_ Province/Territoire

Code postal \_\_\_\_\_ Pays

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Reçu par :	_____
Inscrit le :	_____ AAAA-MM-JJ

**NOTA : VOUS DEVEZ INDIQUER UNE ADRESSE AU YUKON ET UNE DATE DE RETOUR.**

**FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE :**

**Par télécopieur :** 867-393-6486

**Par courriel :** [yukon.healthcare@gov.yk.ca](mailto:yukon.healthcare@gov.yk.ca)

**Par la poste :** Services de santé assurés (H-2)  
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

**En personne :** Financial Plaza, 4<sup>e</sup> niveau  
204, rue Lambert, Whitehorse (Yukon)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous aux coordonnées ci-contre ou téléphonez au 867-667-5209.

Une fois de retour au Yukon, vous devez en informer les Services de santé assurés.

**AVIS DE RETOUR APRÈS UNE ABSENCE TEMPORAIRE**

Une fois de retour au Yukon, veuillez vous présenter en personne aux Services de santé assurés, où on vous demandera de signer et de dater la partie inférieure du présent formulaire. Si vous êtes de retour au Yukon, mais non à Whitehorse, veuillez nous téléphoner pour prendre d'autres dispositions.

Date de retour : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

Signature : \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Reçu par :	_____