



HEALTH CARE INSURANCE PLAN ACT

LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

FORMS

FORMULAIRES

O.I.C. 1984/333

DÉCRET 1984/333

Effective Date:

December 6, 1984

Date d'entrée en vigueur :

6 décembre 1984

**O.I.C. 1984/333
HEALTH CARE INSURANCE PLAN ACT**

FORMS

Pursuant to Subsection 9(1) of the *Health Care Insurance Plan Act*, the Commissioner in Executive Council is pleased to and doth hereby order as follows:

- 1.** The annexed Forms are hereby made and established.
- 2.** Commissioner's Order 1972/200 establishing Forms in Use is revoked.

Dated at Whitehorse, in the Yukon Territory, this 6th day of December, A.D., 1984.

**DÉCRET 1984/333
LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ**

FORMULAIRES

Conformément au paragraphe 9(1) de la *Loi sur l'assurance-santé*, il plaît au Commissaire en conseil exécutif de décréter ce qui suit :

- 1.** Les formulaires en annexe sont par les présentes établis.
- 2.** L'Ordonnance du Commissaire 1972/200 établissant les formulaires en usage est par les présentes abrogée.

Fait à Whitehorse, dans le territoire du Yukon, le 6 décembre 1984.

Commissioner of the Yukon/ Commissaire du Yukon





FORMS

FORMULAIRES

TABLE OF CONTENTS

TABLE DES MATIÈRES

Section Page

Article Page

- FORM I**
- FORM II**
- FORM III**
- FORM IV**
- FORM V**
- FORM VI**
- FORM VII**
- FORM VIII**
- FORM IX**
- FORM X**
- FORM XI**

- FORMULAIRE I**
- FORMULAIRE II**
- FORMULAIRE III**
- FORMULAIRE IV**
- FORMULAIRE V**
- FORMULAIRE VI**
- FORMULAIRE VII**
- FORMULAIRE VIII**
- FORMULAIRE IX**
- FORMULAIRE X**
- FORMULAIRE XI**





FORMS

FORMULAIRES

FORM I

FORMULAIRE I

FORM I

Yukon HEALTH CARE INSURANCE PLAN
833-703 WHITEHORSE YUKON Y1A 2C6

NAME (LASTNAME, FIRST NAME, MIDDLE I)
BIRTHDAY (MM/DD/YY)
CITY/TOWN
PHONE (AREA NO.)
SPOUSE (LASTNAME, FIRST NAME, MIDDLE I)
DEPENDENT'S (LASTNAME, FIRST NAME, MIDDLE I)
1
2
3
4

APPLICATION for ENROLLMENT
PLEASE PRINT IN BLOCK LETTERS FOR WHICH USE ONLY 0-9

1. SOCIAL INSURANCE NO. DATE OF BIRTH SEX BANDING NO.
2. MEDICAL CODE
3. CITY/TOWN
3. PHONE (AREA NO.)
3. SPOUSE (LASTNAME, FIRST NAME, MIDDLE I) DATE OF BIRTH SEX BANDING NO.
3. DEPENDENT'S (LASTNAME, FIRST NAME, MIDDLE I) DATE OF BIRTH SEX BANDING NO.

1. HAVE YOU BEEN REGISTERED WITH THE YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN BEFORE?
YES = RESIDENT OR SUBSEQUENT TO RESIDENCY

2. WERE YOU PREVIOUSLY REGISTERED IN ANOTHER CANADIAN HEALTH CARE PLAN?

IF YES: GIVE PREVIOUS YHCIP NUMBER

IF YES: GIVE PREVIOUS HEALTH CARE NUMBER AND PROVINCE/TERRITORY

DATE OF ARRIVAL IN YUKON

1. DATE OF DISCHARGE FROM R.C.M.P. ARMED FORCES, FEDERAL TERRITORY (IF YES, PROVIDE PHOTOGRAPH OF DISCHARGE PAPERS)

3. LAMIED IMMIGRANT? IF YUKON IS YOUR FIRST LOCATION OF PERMANENT RESIDENCE IN CANADA, PLEASE PROVIDE A PHOTOGRAPH OF YOUR LANDED IMMIGRANT PAPERS

DECLARATION: I HEREBY DECLARE THAT I AM A RESIDENT OF YUKON (AND I UNDERSTAND THAT IT IS AN OFFENCE TO GIVE FALSE INFORMATION IN THIS APPLICATION)

SIGNATURE _____ DATE _____

PREMIUM CODE _____ PREMIUM EFFECTIVE DATE _____ CLAIMS EFFECTIVE DATE _____ ORIGIN CODE _____

DATE ENTERED _____ COPY _____



FORMULAIRE I

DEMANDE D'INSCRIPTION

FORMULAIRE I - DEMANDE D'INSCRIPTION

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ
C.P. 2703, WHITEHORSE (YUKON), Y1A 2C6

Yukon
Ministère de la Santé
et des Affaires sociales

NOM, PRÉNOM, INITIALES		N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	N° BANDEDISQUE
ADRESSE POSTALE		VILLE			CODE POSTAL
LIEU DE RÉSIDENCE		VILLE			
CONJOINT (NOM, PRÉNOM, INITIALES)		N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	N° BANDEDISQUE
1	PERSONNES À CHARGE (NOM, PRÉNOM, INITIALES)				
2					
3					
4					
1	AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INSCRIT AU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON? (EN TANT QU'ASSURÉ OU PARENT D'UN ASSURÉ)	DANS L'AFFIRMATIVE DONNEZ L'ANCIEN NUMÉRO DU RASY		OUI	NON
2	AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INSCRIT À UN AUTRE RÉGIME CANADIEN D'ASSURANCE-SANTÉ?			OUI	NON
DANS L'AFFIRMATIVE, DONNEZ LE NUMÉRO ET LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
DATE D'ARRIVÉE AU YUKON					
3 DÉPART DE LA GRC, DES FORCES ARMÉES OU D'UN PÉNITENCIER FÉDÉRAL (FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS PERTINENTS)					
4 IMMIGRANT REÇU SI LE YUKON EST VOTRE PREMIER LIEU DE RÉSIDENCE PERMANENT AU CANADA, VEUILLEZ FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS D'IMMIGRATION					
DÉCLARATION : PAR LES PRÉSENTES, JE DÉCLARE ÊTRE RÉSIDANT DU YUKON ET COMPRENDS QUE TOUT RENSEIGNEMENT ERRONÉ CONSTITUE UNE INFRACTION.					
SIGNATURE					DATE
TRAITÉ LE					VÉRIFIÉ PAR

RASY NUMÉRIQUE

P.C. N° RASY TYPE CARTE

1
2
3
3
3
3

CODE DE PRIME

VERSEMENT DES PRIMES

PAIEMENT DES DEMANDES

CODES D'ORIGINE



REVERSE OF FORM I
DEFINITIONS

“**Resident**” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Yukon, but does not include a tourist, transient or visitor to 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, Y.T., Y1A 2C6

VERSO DU FORMULAIRE I
DÉFINITIONS

« **personne à charge** » Par rapport à une personne, le conjoint de cette personne, un enfant non marié de moins de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt, un enfant non marié de 19 à 24 ans inclusivement visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt parce qu'il suit des cours à plein temps dans un institut, un collège ou une université reconnus ou un enfant non marié de plus de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt en raison d'une incapacité mentale ou physique.

« **résident** » Personne domiciliée et résidant habituellement au Yukon, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon.

Adresse : RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON, C.P.
2703, Whitehorse (Yukon), Y1A 2C6



FORM II

FORMULAIRE II

FORM II

NOTICE OF CHANGE

ADJUSTMENTS TO REGISTERED MEMBER INFORMATION

TYPE OF CHANGE: CANCEL COVERAGE
 OTHER CHANGES

CANCELLATION EFFECTIVE DATE: _____

CANCELLATION REASON: _____

SECTION B - SUBSCRIBER

NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) _____ SEX _____ BIRTH DATE _____

CITY/TOWN _____ POSTAL CODE _____

RESIDENCE ADDRESS _____ CITY/TOWN _____

SECTION C - DEPENDANTS

ARRIVAL DATE	NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)	SOCIAL INSURANCE NO.	BIRTH DATE	SEX	BAND/DISC NO.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

SECTION D - DECLARATION

I HEREBY DECLARE THAT I AM A RESIDENT OF YUKON AND UNDERSTAND THAT IT IS OBLIGATORY TO OBTAIN HEALTH INSURANCE IN THIS JURISDICTION.

Signature: _____ Date: _____

DELETE CHANGES ADDITIONS

YHCIP ID CODE	NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)	DELETION DATE	REASON FOR DELETION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



FORMULAIRE II - AVIS DE MODIFICATION

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ
C.P. 2703, WHITTENORSE (YUKON), Y1A 2G9

Yukon
Ministère de la Santé
et des Affaires sociales

AVIS DE MODIFICATION
CORRECTIONS AUX RENSEIGNEMENTS SUR UN ASSURÉ

PARTIE A - IDENTIFICATION
N° RASY - NOM, PRÉNOM, INITIALES

CHANGEMENT COCHER UNE CASE ✓
ANNULATION 1 REMPLIR SEULEMENT
LES PARTIES A ET D
2 AUTRES CHANGEMENTS REMPLIR LES
PARTIES A ET D
ET TOUTE AUTRE
PARTIE REQUISE

PARTIE B - ASSURÉ
NOM, PRÉNOM, INITIALES

ADRESSE POSTALE
LIEU DE RÉSIDENCE

N° D'ASSURANCE SOCIALE
VILLE
VILLE

N° BANDE/DISQUE
CODE POSTAL

SEXE

ANNULÉ
PRIME
VERSEMENT À COMPTER DU

PARTIE C - PERSONNES À CHARGE

A DATE D'ARRIVÉE NOM, PRÉNOM, INITIALES

J CONJOINT

U ENFANT

S ENFANT

SEXE

N° BANDE/DISQUE

F.C. N° RASY TYPE PAIEMENT À
COMPTER DU

2

3

3

CHANGEMENTS

N° RASY NOM, PRÉNOM, INITIALES

SEXE

N° BANDE/DISQUE

RETRAIT

N° RASY NOM, PRÉNOM, INITIALES

DATE DU RETRAIT

RAISON

ANNÉE

PÉR.

PARTIE D - DÉCLARATION

PAR LES PRÉSENTES, JE DÉCLARE ÊTRE RÉSIDANT DU YUKON ET COMPRENDS QUE TOUT
RENSEIGNEMENT ERRONÉ CONSTITUE UNE INFRACTION.

RAISON DE L'ANNULATION
DE LA COUVERTURE PAR LE RASY

TRAITÉ LE
VÉRIFIÉ PAR

SIGNATURE

DATE



REVERSE OF FORM II
DEFINITIONS

“**Resident**” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Yukon, but does not include a tourist, transient or visitor to 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, Y.T., Y1A 2C6

VERSO DU FORMULAIRE II
DÉFINITIONS

« **personne à charge** » Par rapport à une personne, le conjoint de cette personne, un enfant non marié de moins de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt, un enfant non marié de 19 à 24 ans inclusivement visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt parce qu'il suit des cours à plein temps dans un institut, un collège ou une université reconnus ou un enfant non marié de plus de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt en raison d'une incapacité mentale ou physique.

« **résident** » Personne domiciliée et résidant habituellement au Yukon, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon.

Adresse : RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON, C.P.
2703, Whitehorse (Yukon), Y1A 2C6

FORM III

APPLICATION FOR PREMIUM ASSISTANCE

(Note: Each year you must establish your eligibility for Premium Assistance.)

IT IS A SERIOUS OFFENCE TO MAKE A FALSE DECLARATION

I HEREBY APPLY FOR PREMIUM ASSISTANCE IN ACCORDANCE WITH SECTION 25 OF THE REGULATION TO THE YUKON *HEALTH CARE INSURANCE PLAN ACT* FOR THE YEAR COMMENCING APRIL 01, 19____

I authorize the Department of National Revenue, Taxation, to provide the Department of Health and Human Resources of Yukon with any information from my tax return for the calendar year prior to the year for which I am applying. The information so provided will be used solely to verify my eligibility for premium assistance under the Health Care Insurance Plan.

I CERTIFY THAT:

- (1) I have been a permanent resident of Yukon for the past 12 months;
- (2) I am not the dependant of another subscriber in the Plan; and
- (3) I am subject to Canada Income Tax.

MY TAXABLE INCOME (combined with spouse by marriage or common law) FOR CALENDAR YEAR ENDING DECEMBER 31, 19____ WAS \$_____. (If no taxable income, enter "nil").

Y.H.C.I.P. Number _____

Name (Surname, First name and Initials)

Social Insurance No. _____

Social Insurance No. of Spouse _____

Applicant's Signature _____
Signature of Spouse _____

FORMULAIRE III

DEMANDE DE RÉDUCTION DES PRIMES

(Remarque :L'admissibilité doit être confirmée chaque année.)

UNE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION GRAVE.

PAR LES PRÉSENTES, JE DEMANDE UNE RÉDUCTION DES PRIMES POUR L'ANNÉE DÉBUTANT LE 1ER AVRIL 19 __, CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 25 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA *LOI SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ* DU YUKON.

J'autorise le ministère du Revenu national, Impôt, à extraire de mon rapport d'impôt pour l'année civile précédant celle visée par la présente demande et à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon tout renseignement dont il pourrait avoir besoin. Les renseignements fournis ne serviront qu'à vérifier mon admissibilité à l'aide octroyée en vertu du Régime d'assurance-santé.

JE CERTIFIE :

- 1) avoir résidé en permanence au Yukon au cours des 12 derniers mois;
- 2) ne pas être la personne à charge d'un autre assuré;
- 3) être visé par la Loi de l'impôt sur le revenu du gouvernement fédéral.

MON REVENU IMPOSABLE (y compris celui de mon conjoint légal ou de fait) POUR L'ANNÉE CIVILE PRENANT FIN LE 31 DÉCEMBRE 19 __ ÉTAIT DE _____ \$. (Inscrire «NUL» s'il n'y avait pas de revenu imposable).

Numéro du RASY _____

Nom, prénom, initiales

No d'assurance sociale _____

No d'assurance sociale du conjoint _____

Signature du requérant _____
Signature du conjoint _____



Prem. Code _____
_____ Rejected _____ Accepted
_____ Partial _____ Full

Code prime _____
_____ Rejeté _____ Accepté
_____ Réduction _____ Réduction complète
partielle

Date Ent. _____ Checked by _____
Effective _____

Traité le _____ Vérifié par _____
Entrée en vigueur _____

Authorizing Signature Date

Signature Date



FORM IV

FORMULAIRE IV

MEDICAL NUMBER NAME LAST FIRST SIGNATURE		PAYMENT NO.	DOCTOR NO.	SPEC. CODE	CLAIM NO.	REFERRED BY <input type="checkbox"/> BY <input type="checkbox"/>	DOCTOR OR CLINIC		
		DOCTOR OR CLINIC NAME				M.D.			
SIGNATURE		ATTENDING PHYSICIAN SIGNATURE				M.D.			
DATE OF SERVICE MO DAY YR		NO. OF SERV.	FEE ITEM CODE	DIAGNOSTIC CODE	AMOUNT BILLED	NO. OF SERV.	FEE ITEM CODE	AMOUNT PAID	EXPL. CODE
MO DAY YR FROM TO YR		HOSPITAL VISITS		PLAN USE ONLY					

YUKON HEALTH CARE INSURANCE CLAIM CARD

<p>Legend FORM IV - CLAIM CARD</p> <p>Medical Number Payment No. Doctor No. Spec. Code Claim No. Referred BY TO Name Last First Doctor or Clinic Name</p> <p>Signature Attending Physician Signature</p> <p>Date of Service MO DAY YR</p>	<p>Légende FORMULAIRE IV - DEMANDE DE REMBOURSEMENT</p> <p>Numéro médical No paiement No médecin Code spéc. No demande Orienté PAR VERS Nom Nom Prénom Nom du médecin ou de la clinique Signature Signature du médecin traitant Date du service M J A</p>	<p>Legend</p> <p>No. of Serv. Fee Item Code Diagnostic Code Amount Billed Expl. Code Plan Use Only Month Day From To Year Hospital Visits Diagnostic or Chief Complaint (state type of treatment or operation) Claim Card Yukon Health Care Insurance</p>	<p>Légende</p> <p>Nbre de services Code de frais Code de diagnostic Honoraires Code expl. RASY seulement Mois Jour De À Année Visites à l'hôpital Diagnostic ou principal symptôme (préciser la procédure ou l'intervention) Demande de remboursement Régime d'assurance-santé du Yukon</p>
--	--	--	--



FORM V

FORMULAIRE V

FORM V - Health Care Identification Card

Yukon HEALTH CARE INSURANCE PLAN 

APPLY LABEL HERE

COVERAGE MAY NOT BE IN EFFECT TO THE EXPIRY DATE.
ELIGIBILITY MUST BE MAINTAINED BY THE MEMBER.

SENIORS PHARMACARE IDENTIFICATION CARD

Yukon HEALTH CARE INSURANCE PLAN 

APPLY LABEL HERE

COVERAGE MAY NOT BE IN EFFECT TO THE EXPIRY DATE.
ELIGIBILITY MUST BE MAINTAINED BY THE MEMBER.

REVERSE OF FORM V

**THIS CARD MUST BE PRESENTED EACH TIME
YOU RECEIVE INSURED MEDICAL SERVICES**

SIGN
HERE 

SEND NOTIFICATION OF CHANGES TO:
YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN
BOX 2703
WHITEHORSE, YUKON, Y1A 2C6

Y0 (MAY) C01



FORMULAIRE V – Carte d'identité du Régime d'assurance-santé

Yukon RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ

COLLER L'ÉTIQUETTE ICI

**IL EST POSSIBLE QUE LA COUVERTURE CESSE AVANT LA DATE D'EXPIRATION.
L'ASSURÉ DOIT MAINTENIR SON ADMISSIBILITÉ.**

CARTE D'IDENTITÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DES PERSONNES ÂGÉES

**ASSURANCE-MÉDICAMENTS
Yukon RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ**

COLLER L'ÉTIQUETTE ICI

**IL EST POSSIBLE QUE LA COUVERTURE CESSE AVANT LA DATE D'EXPIRATION.
L'ASSURÉ DOIT MAINTENIR SON ADMISSIBILITÉ.**

VERSO DU FORMULAIRE V

PRÉSENTER CETTE CARTE CHAQUE FOIS QUE VOUS RECEVEZ DES SERVICES ASSURÉS

SIGNATURE

**SIGNALER TOUT CHANGEMENT AU
RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON
C.P. 2703
WHITEHORSE (YUKON), Y1A 2C6**



FORM VI

**APPLICATION TO CONTINUE DEPENDANT STATUS FOR
THOSE 19 YEARS OF AGE AND OVER**

YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN

YHCIP NO. _____

TO:

ACCORDING TO OUR RECORDS, YOUR DEPENDANT:

DEPENDANT'S NAME YHCIP NO. DATE OF BIRTH

Has reached or will soon reach his/her 19th birthday and under the YUKON HEALTH CARE REGULATIONS cannot remain on your registration unless:

- 1) He or she is unmarried, under 25 years of age and in full time attendance at an accredited institute, or
- 2) He or she is unmarried and wholly dependent upon you because of permanent mental or physical disability.

If your dependant is entitled to remain on your registration for one of these reasons, please complete either section A or section B below and sign the certification. If your dependant does not qualify and should be deleted from your registration, complete section C at the bottom of the form.

If no reply is received within 30 days, your dependant will be automatically deleted and, unless he/she has registered separately, will not have health care coverage in Yukon.

SECTION A - APPLICATION FOR FULL TIME STUDENT STATUS

NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTE

EXPECTED DATE OF GRADUATION

DEGREE PROGRAM OR NAME OF COURSE

FORMULAIRE VI

**DEMANDE DE PROLONGEMENT DU STATUT DE
PERSONNE À CHARGE (PERSONNES DE PLUS DE 19
ANS)**

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON

No RASY _____

À :

SELON NOS DOSSIERS :

NOM DE LA PERSONNE
À CHARGE NO RASY DATE DE NAISSANCE

a ou est sur le point d'avoir 19 ans. En vertu du RÈGLEMENT SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ DU YUKON, cette personne ne peut utiliser votre numéro d'inscription pour avoir accès aux services assurés que si elle respecte l'une des exigences suivantes :

- 1) elle n'a pas 25 ans, n'est pas mariée et suit des cours à plein temps dans un établissement d'enseignement reconnu;
- 2) elle n'est pas mariée et est entièrement à charge en raison d'une incapacité mentale ou physique permanente.

Si la personne précitée a le droit d'être inscrite à votre numéro pour l'une de ces raisons, veuillez remplir la partie A ou B et signer l'attestation. Si elle ne respecte pas une ou l'autre des deux conditions qui précèdent, remplir la partie C.

Dans l'éventualité où une réponse ne serait pas reçue dans les 30 jours qui suivent, la personne précitée sera automatiquement retranchée de votre numéro d'inscription et ne pourra bénéficier des services assurés par le Régime d'assurance-santé du Yukon si elle ne s'y est pas inscrite de son propre chef.

PARTIE A - DEMANDE DE STATUT D'ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

DATE PRÉVUE D'OBTENTION DE DIPLÔME

PROGRAMME OU NOM DU COURS



TO QUALIFY FOR STUDENT STATUS, THE STUDENT MUST BE REGISTERED FOR THE COMPLETE ACADEMIC YEAR AND NORMALLY BE CONSIDERED IN FULL DAYTIME ATTENDANCE AT AN ACCEPTED EDUCATIONAL INSTITUTE. (SEE REVERSE SIDE)

POUR BÉNÉFICIER DE CE STATUT, L'ÉTUDIANT DOIT ÊTRE INSCRIT POUR L'ENSEMBLE DE L'ANNÉE SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE ET ÊTRE NORMALEMENT CONSIDÉRÉ COMME ÉTUDIANT DE JOUR À PLEIN TEMPS D'UN ÉTABLISSEMENT RECONNU. (VOIR VERSO)

SECTION B - APPLICATION TO RETAIN DEPENDANT STATUS BY REASON OF MENTAL OR PHYSICAL INFIRMITY

PARTIE B - DEMANDE DE STATUT DE PERSONNE À CHARGE EN RAISON D'UNE INCAPACITÉ MENTALE OU PHYSIQUE

NATURE OF DISABILITY

NATURE DE L'INCAPACITÉ

A CERTIFICATE FROM A PHYSICIAN CERTIFYING THE DISABILITY MAY BE REQUIRED

UNE ATTESTATION D'UN MÉDECIN PEUT ÊTRE RÉCLAMÉE

I HEREBY CERTIFY THAT THE DEPENDANT ABOVE IS ENTITLED TO REMAIN ON MY REGISTRATION FOR THE REASON INDICATED IN A OR B

PAR LES PRÉSENTES, JE CERTIFIE QUE LA PERSONNE PRÉCITÉE A LE DROIT DE RESTER SOUS MON NUMÉRO D'INSCRIPTION POUR LA RAISON INDIQUÉE EN A OU EN B.

Signature

Date

Signature

Date

SECTION C - DEPENDANT DELETION

PARTIE C - RETRAIT D'UNE PERSONNE À CHARGE

THE DEPENDANT IDENTIFIED ABOVE SHOULD BE DELETED FOR THE REASON INDICATED

LA PERSONNE À CHARGE NOMMÉE PLUS HAUT DEVRAIT ÊTRE RAYÉE DU NUMÉRO D'INSCRIPTION POUR LA RAISON INDIQUÉE

___ LEFT YUKON - DATE LEFT YUKON _____

___ A QUITTÉ LE YUKON - DATE DU DÉPART _____

___ SELF-SUPPORTING -DATE BECAME SELF-SUPPORTING _____

___ AUTONOME - DATE DU DÉBUT DE L'AUTONOMIE _____

___ OTHER (GIVE DATE AND EXPLAIN)

___ AUTRE (PRÉCISER EN DONNANT LA DATE)

Signature

Date

Signature

Date



REVERSE OF FORM VI

FULL TIME STUDENT STATUS

Means a student who is unmarried and under 25 years of age, attending an educational institute as a primary occupation. It does not include short term courses (i.e. summer school) of less than 13 consecutive weeks duration, or evening classes, or a day student carrying only a minor course load.

EDUCATIONAL INSTITUTE

Means Colleges, Universities and Technical schools where the student is registered for the complete academic year in a program leading to a degree or certificate.

NOTE

Student status must be renewed each year and an application form for its purpose will be sent to you.

VERSO DU FORMULAIRE VI

ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS

Étudiant célibataire de moins de 25 ans dont la principale occupation consiste à suivre des cours dans un établissement d'enseignement. Ne comprend pas les cours de moins de 13 semaines consécutives (p. ex. cours d'été), ni les cours du soir ou les cours de jour à temps partiel.

ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Collège, université ou école technique où l'étudiant est inscrit pour toute l'année scolaire ou universitaire, dans le cadre d'un programme débouchant sur un diplôme ou un certificat.

REMARQUE

Le statut d'étudiant doit être renouvelé chaque année. Un formulaire vous sera envoyé en ce sens.

FORM VII**NOTICE OF GROUP COMMENCEMENT
OR TERMINATION**

(TO BE COMPLETED BY EMPLOYER)

YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN

GROUP NAME GROUP NUMBER
EMPLOYEE NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)
PAYROLL NO. YHCIP NO.

SECTION A - COMMENCEMENT

THE ABOVE EMPLOYEE HAS BEEN ADDED TO OUR GROUP PLAN AND REMITTANCE OF YHCIP PREMIUM PAYMENTS WILL BEGIN EFFECTIVE THE 1st DAY OF THE MONTH COMMENCING:

NOTE:- IF EMPLOYEE WAS NOT PREVIOUSLY REGISTERED UNDER YHCIP THEN AN APPLICATION FOR ENROLLMENT MUST BE ATTACHED

SECTION B - TERMINATION

THE ABOVE EMPLOYEE HAS TERMINATED FROM OUR GROUP PLAN AND REMITTANCE OF YHCIP PREMIUM PAYMENTS WILL CEASE WITH THE FINAL PAYMENT FOR THE MONTH ENDING:

INDICATE REASON FOR TERMINATION

- 1 DECEASED
 - 2 CHANGE OF EMPLOYMENT
 - 3 HEAD OF HOUSE CHANGE
 - 4 LEAVING TERRITORY
 - 5 OTHER (EXPLAIN)
-

Signature of Employer

Date

FORMULAIRE VII**DÉBUT OU FIN DE PARTICIPATION
À UN RÉGIME COLLECTIF**

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON

NOM DU RÉGIME COLLECTIF NUMÉRO DU RÉGIME
EMPLOYÉ (NOM, PRÉNOM, INITIALES)
NUMÉRO DE LA FEUILLE DE PAYE NO RASY

PARTIE A - DÉBUT DE PARTICIPATION

L'EMPLOYÉ PRÉCITÉ A ÉTÉ INSCRIT AU RÉGIME COLLECTIF ET LA REMISE DES PRIMES AU RASY DÉBUTERA LE PREMIER JOUR DE :

REMARQUE : SI L'EMPLOYÉ N'EST PAS INSCRIT AU RASY, ANNEXER LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION.

PARTIE B - FIN DE PARTICIPATION

L'EMPLOYÉ PRÉCITÉ NE FAIT PLUS PARTIE DU RÉGIME COLLECTIF ET LA REMISE DES PRIMES AU RASY CESSERA AVEC LE PAIEMENT FINAL DU MOIS DE :

INDIQUER LA RAISON

- 1 DÉCÈS
 - 2 CHANGEMENT D'EMPLOI
 - 3 CHANGEMENT DE SITUATION MATRIMONIALE
 - 4 DÉPART DU TERRITOIRE
 - 5 AUTRE (PRÉCISER)
-

Signature de l'employeur

Date



FORM VIII

APPLICATION FOR SENIOR CARE BENEFITS

YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN

YHCIP NO _____

TO:

DATE OF BIRTH

SPOUSE'S NAME

YHCIP NO

DATE OF BIRTH

ACCORDING TO OUR RECORDS YOU ARE ABOUT TO REACH OR HAVE REACHED THE AGE OF 65 YEARS AND WILL BE ENTITLED TO SENIOR CARE BENEFITS UNDER THE YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN. ENCLOSED ARE BROCHURES OUTLINING THE BENEFITS TO YOU AS A SUBSCRIBER OR DEPENDANT UNDER THE PROVISIONS OF THE YUKON *HEALTH CARE INSURANCE ACT*

IF YOU WISH TO APPLY FOR THESE BENEFITS PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT TO THE ABOVE ADDRESS

CORRECTION TO PERSONAL INFORMATION

NOTE:- IT IS IMPORTANT THAT YHCIP RECORDS BE KEPT CURRENT. IF YOUR PERSONAL INFORMATION AT THE TOP OF THIS FORM IS INCORRECT OR MISSING, PLEASE COMPLETE THE AREA BELOW.

YOUR NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)

DATE OF BIRTH

MAILING ADDRESS CITY/TOWN

POSTAL CODE

SPOUSE'S NAME

YHCIP NO.

SPOUSE'S DATE OF BIRTH

APPLICATION FOR SENIOR CARE BENEFITS

FORMULAIRE VIII

DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON

NO RASY _____

À :

DATE DE NAISSANCE

NOM DU CONJOINT

NO RASY

DATE DE NAISSANCE

SELON NOS DOSSIERS, VOUS AVEZ OU ÊTES SUR LE POINT D'AVOIR 65 ANS ET AUREZ BIENTÔT DROIT AUX PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES EN VERTU DU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON. VEUILLEZ TROUVER CI-JOINT LES BROCHURES SOULIGNANT LES PRESTATIONS DONT BÉNÉFICIENT LES ASSURÉS OU LEURS PERSONNES À CHARGE EN VERTU DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ* DU YUKON.

POUR AVOIR DROIT À CES PRESTATIONS, VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET NOUS LE RENVoyer À L'ADRESSE INDIQUÉE PLUS HAUT.

CORRECTIONS

REMARQUE : IL EST IMPORTANT DE GARDER LES DOSSIERS DU RASY À JOUR. SI LES RENSEIGNEMENTS QUI PRÉCÈDENT SONT INCORRECTS OU INCOMPLETS, VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE QUI SUIT :

NOM, PRÉNOM, INITIALES

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

NOM DU CONJOINT

NO RASY

DATE DE NAISSANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES



I HEREBY APPLY FOR SENIOR CARE BENEFITS UNDER THE PROVISIONS OF THE YUKON *HEALTH CARE INSURANCE ACT* AND THE INFORMATION ABOVE IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

PAR LA PRÉSENTE, JE RÉCLAME LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES PRÉVUES PAR LA *LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ* DU YUKON ET J'ATTESTE QU'AUTANT QUE JE SACHE, L'INFORMATION QUI PRÉCÈDE EST EXACTE.

Signature

Date

Signature

Date



FORM IX

CERTIFICATE OF PREMIUM DEDUCTION

**CERTIFICATE OF YUKON HEALTH CARE INSURANCE
PLAN PREMIUM DEDUCTION**

Premiums in the amount of \$ ____ have been withheld
from the remuneration of _____

(Employee Name)

Health Care Insurance Number _____, for
the month of _____, 19____, and remitted to
Yukon Health Care Insurance Plan on their behalf.

Payroll Clerk _____

Company Name _____

Date _____

FORMULAIRE IX

CERTIFICAT DE DÉDUCTION DES PRIMES

**ATTESTATION DE DÉDUCTION DES PRIMES DU RÉGIME
D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

Un montant de _____\$ a été retenu sur le
salaire de _____

(nom de l'employé)

No RASY _____ au cours du
mois de _____ 19____, et a été remis en
son nom au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Commis de la paye _____

Entreprise _____

Date _____



FORM X

**CERTIFICATE OF EXCLUSION
FROM GROUP COVERAGE
(TO BE COMPLETED BY EMPLOYER)**

YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN

GROUP NAME GROUP NO
EMPLOYEE'S NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)
PAYROLL NO.

YHCIP PREMIUMS ARE NOT BEING REMITTED ON BEHALF OF THE ABOVE MENTIONED EMPLOYEE FOR THE FOLLOWING REASON (CHECK ONE)

- A ALREADY COVERED AS A DEPENDANT
- B COVERAGE IS BEING PROVIDED UNDER ANOTHER YHCIP
- C EMPLOYEE OR SPOUSE OF EMPLOYEE IS 65 YEARS OF AGE OR OVER
- D NOT A RESIDENT OF THE YUKON

TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT

Authorized signature Date

FORMULAIRE X

**CERTIFICAT D'EXCLUSION
D'UN RÉGIME COLLECTIF
(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)**

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON

NOM DU RÉGIME NO DU RÉGIME
EMPLOYÉ (NOM, PRÉNOM, INITIALES)
NO DE LA FEUILLE DE PAYE

LES PRIMES DU RASY NE SERONT PAS PERÇUES AU NOM DE L'EMPLOYÉ POUR LA RAISON SUIVANTE, (COCHER UNE CASE) :

- A DÉJÀ COUVERT À TITRE DE PERSONNE À CHARGE
- B COUVERT PAR UN AUTRE RÉGIME
- C EMPLOYÉ OU CONJOINT D'UN EMPLOYÉ DE 65 ANS OU PLUS
- D NON-RÉSIDENT

AUTANT QUE JE SACHE, L'INFORMATION QUI PRÉCÈDE EST EXACTE.

Signature de personne autorisée Date



FORM X -- PAGE 2
CERTIFICATE OF EXCLUSION
FROM GROUP COVERAGE
(TO BE COMPLETED BY EMPLOYER)

FORMULAIRE X – PAGE 2
CERTIFICAT D'EXCLUSION
D'UN RÉGIME COLLECTIF
(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN

GROUP NAME GROUP NO
EMPLOYEE'S NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)
PAYROLL NO.

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON

NOM DU RÉGIME NO DU RÉGIME
EMPLOYÉ (NOM, PRÉNOM, INITIALES)
NO DE LA FEUILLE DE PAYE

YHCIP PREMIUMS ARE NOT BEING REMITTED ON BEHALF OF THE ABOVE MENTIONED EMPLOYEE FOR THE FOLLOWING REASON (CHECK ONE)

- A ALREADY COVERED AS A DEPENDANT
- B COVERAGE IS BEING PROVIDED UNDER ANOTHER YHCIP
- C EMPLOYEE OR SPOUSE OF EMPLOYEE IS 65 YEARS OF AGE OR OVER
- D NOT A RESIDENT OF THE YUKON

LES PRIMES DU RASY NE SERONT PAS PERÇUES AU NOM DE L'EMPLOYÉ POUR LA RAISON SUIVANTE, (COCHER UNE CASE) :

- A DÉJÀ COUVERT À TITRE DE PERSONNE À CHARGE
- B COUVERT PAR UN AUTRE RÉGIME
- C EMPLOYÉ OU CONJOINT D'UN EMPLOYÉ DE 65 ANS OU PLUS
- D NON-RÉSIDENT

TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT

AUTANT QUE JE SACHE, L'INFORMATION QUI PRÉCÈDE EST EXACTE.

Authorized signature Date

Signature de personne autorisée Date



FORM XI

FORMULAIRE XI

**FORM XI
CORRECTIONS
YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN**

THIS AREA TO BE FILLED IN FOR ALL CORRECTIONS

PART A - IDENTIFIER CHANGE

YHCIP NO	NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)	NEW YHCIP NO	I.D. TYPE
----------	--------------------------------------	--------------	-----------

PART B - IDENTIFICATION

I.D TYPE	ENROLL	RE-ENROLL	ORIGINAL CODES	PREVIOUS I.D. NO.
----------	--------	-----------	----------------	-------------------

----- MEMBERSHIP CARD FIELDS -----

COMMENTS	BRING FORWARD	ISSUE	AUTH.	EFFECTIVE DATE	EXPIRY DATE
----------	---------------	-------	-------	----------------	-------------

PARTIE C- ADMISSIBILITÉ

TYPE A/D/R	LINE NO. DEP CODE	PREM CODE	GROUP NO.	SUBSCRIBER YHCIP NO.	PAYROLL NO.	PREM EFFECTIVE	CLAIMS EFFECTIVE	CANCEL DATE	TERM CODE
------------	-------------------	-----------	-----------	----------------------	-------------	----------------	------------------	-------------	-----------

AUTHORIZED
SIGNATURE

DATE
ENTERED

CHECKED
BY



**FORMULAIRE XI
CORRECTIONS
RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

REEMPLIR LA PRÉSENTE PARTIE POUR TOUTES LES CORRECTIONS

PARTIE A - MODIFICATIONS À L'IDENTIFICATEUR

NO RASY

NOM, PRÉNOM, INITIALES

NO RASY

TYPE ID

PARTIE B – IDENTITÉ

TYPE ID

INSCRIPTION

RÉINSCRIPTION

CODE D'ORIGINE

NO ID ANTÉRIEUR

REMARQUES

----- CARTE D'IDENTITÉ -----
À RAPPELER DÉLIVRANCE AUTOR. ENTRÉE EN VIGUEUR EXPIRATION LE

PARTIE C- ADMISSIBILITÉ

TYPE A/PC/P NO LIGNE

CODE PC CODE PRIME

NO RÉGIME

NO RASY ASSURÉ NO FEUILLE DE PAYE VERSEMENT À COMPTER DU

PAIEMENT À COMPTER DU DATE ANNUL

CODE PÉR

SIGNATURE DE LA
PERSONNE AUTORISÉE

TRAITÉ
LE :

VÉRIFIÉ
PAR :

