

<input type="checkbox"/>	<b>Nouvelle demande</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Renouvellement</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Modification</b> (Veuillez indiquer les changements à apporter dans la section correspondante.)

**De beaux sourires et une bonne vision** est un régime d'assurance de soins dentaires et de soins de la vue qui offre des **prestations déterminées** aux enfants de 18 ans et moins vivant dans des familles dont le revenu annuel net (après impôt) est inférieur aux sommes énumérées ci-dessous :

Taille de la famille	Revenu	Taille de la famille	Revenu
2 personnes.....	22 020 \$	5 personnes.....	34 817 \$
3 personnes.....	26 969 \$	6 personnes.....	38 141 \$
4 personnes.....	31 142 \$	7 personnes.....	41 196 \$

**PARTIE I – ADMISSIBILITÉ**

<p><b>Pour être admissible, vous devez :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- résider actuellement au Nouveau-Brunswick.</li> <li>- avoir un ou des enfants à charge de moins de 18 ans.</li> <li>- ne pas détenir une couverture pour soins dentaires et soins de la vue dans le cadre d'un autre régime d'assurance public ou privé.</li> </ul>	<p><b>Documents à produire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>copies</u> de 2 pièces d'identité pour chaque enfant (dont la <b>carte d'assurance-maladie du N.-B.</b>).</li> <li>- <u>copies</u> de la déclaration de revenus du N.-B. ou de l'avis de cotisation du parent ou tuteur et du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu).</li> </ul>
---	---

**PARTIE II – ASSURANCE-MALADIE\***

**Vous, votre conjoint de droit ou de fait ou vos enfants à charge bénéficiez-vous actuellement d'une assurance-maladie dans le cadre d'un régime public ou privé?**

Oui Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de la police : \_\_\_\_\_

Non

**Votre assurance couvre-t-elle les soins dentaires et/ou les soins de la vue?**

Oui Si oui, s'il vous plaît indiquer :  soins dentaires  soins de la vue  les deux

Non

**\*N.B. : Les enfants qui bénéficient d'une couverture des soins dentaires et des soins de la vue par l'entremise du ministère du Développement social seront automatiquement transférés au régime *De beaux sourires et une bonne vision*. Les clients de Développement social n'ont donc pas à s'inscrire à ce régime.**

**PARTIE III – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT OU TUTEUR (EN LETTRES MOULÉES)**

Nom de famille :	Prénom :	Second prénom :	Numéro d'assurance sociale										
			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Numéro de téléphone :	Autre numéro de téléphone :		Numéro d'assurance-maladie										
			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Résidence** – Résidez-vous au Nouveau-Brunswick?  Oui  Non

**Adresse postale** (case postale, rue, route rurale, ville, province, code postal) :

**Adresse domiciliaire** (si elle diffère de votre adresse postale) au moment de la demande (rue, appartement, route rurale, ville, province, code postal) :

**Enfants à charge :** Énumérez tous les enfants à charge de 18 ans et moins qui résident avec vous et annexe les copies de 2 pièces d'identité (**dont la carte d'assurance-maladie du N.-B.**) pour chacun. (Si vous manquez d'espace, veuillez poursuivre sur une feuille à part que vous annexerez à la présente demande).

Nom	Date de naissance (jour-mois-année)	Genre (M ou F)	Numéro d'assurance-maladie du N.-B.

**De beaux sourires et une bonne vision**  
**Demande d'inscription**

**PARTIE IV – REVENU ANNUEL NET TOTAL**

**Veillez fournir une copie de la déclaration de revenus du Nouveau-Brunswick ou de l'avis de cotisation du parent ou tuteur (et du conjoint de droit ou de fait, s'il y a lieu).**

Vivez-vous avec un conjoint de droit ou de fait? <input type="checkbox"/> Oui Nom de la personne : _____ <input type="checkbox"/> Non		<b>Numéro d'assurance sociale du conjoint de droit ou de fait</b>										
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
1. Revenu du parent ou tuteur		← (Ligne 236 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente)										
2. Revenu du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu)		← (Ligne 236 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente du conjoint de droit ou de fait)										
<b>Revenu net combiné de l'année précédente</b>		← Additionnez les montants des lignes 1 et 2										

**PARTIE V – DÉCLARATION ET CONSENTEMENT**

J'atteste/Nous attestons qu'à ma/notre connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et véridiques.

Je comprends/Nous comprenons que des renseignements faux ou incomplets peuvent entraîner un arrêt ou une interruption de prestations.

Je comprends/Nous comprenons que ces renseignements serviront à établir mon/notre admissibilité à une couverture de soins dentaires et de soins de la vue dans le cadre du régime *De beaux sourires et une bonne vision* et qu'ils seront éventuellement vérifiés par des agents de Croix bleue Medavie.

Je comprends/Nous comprenons que l'admissibilité au régime *De beaux sourires et une bonne vision* se fonde sur le revenu annuel net et qu'en conséquence, on doit présenter une nouvelle demande d'inscription chaque année.

J'autorise/Nous autorisons Croix bleue Medavie à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande — y compris mon/nos numéro(s) d'assurance sociale — et dans tous les autres documents annexés pour vérifier mon/notre admissibilité au régime *De beaux sourires et une bonne vision*. Mon/notre autorisation s'étend au partage de ces renseignements avec L'Agence du revenu du Canada et tout autre organisme déterminé par Croix bleue Medavie de même qu'à la collecte de renseignements auprès de ces organismes.

_____	_____
Nom du demandeur (en lettres moulées)	Nom du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu)
_____	_____
Signature du demandeur	Signature du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu)
_____	_____
Date	Date

**Espace réservé à l'administration :**

<p><b>Veillez poster ou télécopier la demande remplie à :</b>  <i>De beaux sourires et une bonne vision</i>          644, rue Main          C. P. 220          Moncton (N.-B.) E1C 8L3          Télécopieur : 1-506-867-4651</p>	<p><b>Renseignements :</b>          Téléphone : 1-506-867-6026          Sans frais : 1-855-839-9229</p>
--	---