

- Nouvelle demande
 Renouvellement Modification

(Veuillez indiquer les changements à apporter dans la section correspondante.)

De beaux sourires et une bonne vision

Demande d'adhésion

? Comment nous joindre

Veuillez poster ou télécopier la demande à :
 De beaux sourires et une bonne vision
 644, rue Main, C.P. 220
 Moncton (N.-B.) E1C 8L3
 Télécopieur : 506-867-4651

Renseignements
 Numéro de téléphone : 506-867-6026
 Sans frais : 1-855-839-9229

? Information

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

? Admissibilité

Pour être admissible, vous devez :

- résider actuellement au Nouveau-Brunswick.
- avoir un ou des enfants à charge de moins de 18 ans.
- 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.

Documents à produire :

- copies de 2 pièces d'identité pour chaque enfant (dont la **carte d'assurance-maladie du N.-B.**).
- copies 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).

1 Renseignements sur le parent ou tuteur (en lettres moulées)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Deuxième nom : _____

Numéro d'assurance sociale : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

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

Coordonnées

Adresse (numéro et rue) : _____ App. : _____

Ville/village : _____ 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 de famille	Prénom	Date de naissance (jour/mois/année)	Genre (M ou F)	Numéro d'assurance- maladie du N.-B.

2 Assurance-maladie*

Vos enfants à charge bénéficient-ils 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.

3 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?

Oui Nom de la _____ Numéro d'assurance sociale du
personne : _____ conjoint de droit ou de fait : _____
 Non

Revenu du parent ou tuteur		← (Ligne 236 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente). Veuillez inclure une copie.
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). Veuillez inclure une copie.
Revenu net combiné de l'année précédente		← Additionnez les montants des lignes 1 et 2.

4 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'adhésion 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) : _____

Signature du demandeur : _____ Date : _____

Nom du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu) - (en lettres moulées) : _____

Signature du conjoint de droit ou de fait (s'il y a lieu) : _____ Date : _____