

SECTION 3 - Renseignements sur les personnes à charge (s'il y a lieu)

Veillez énumérer toutes les personnes à charge. Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez joindre une feuille séparée. Les enfants de 18 ans ou moins ne paient pas de primes, mais un parent ou tuteur doit être inscrit au régime.

Les personnes à charge sont définies comme suit :

- Tous les enfants à charge âgés de moins de 19 ans;
- Tous les enfants à charge âgés de 19 ans ou plus qui sont admissibles au crédit d'impôt pour personnes handicapées en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu fédérale, **ET** qui étaient admissibles au crédit d'impôt en tant que mineur, **ET** qui résident avec le demandeur.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro d'assurance-maladie	Handicapée (selon la définition ci-dessus)	Votre personne à charge a-t-elle besoin d'une couverture?	Votre personne à charge est-elle actuellement couverte par un autre régime d'assurance médicaments?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si une de vos personnes à charge adhère à un autre régime d'assurance médicaments, est-ce que sa couverture prend fin?

Oui Quand la couverture prend-elle fin?

J	J

M	M

A	A	A	A

Non Si une de vos personnes à charge a une couverture d'un autre régime d'assurance médicaments qui ne prendra pas fin et qu'elle demande une couverture, veuillez remplir le Formulaire de renseignements complémentaires - Autre régime d'assurance médicaments pour cette personne à charge et l'envoyer avec la demande d'adhésion dûment remplie.

SECTION 4 – Consentement à la communication des renseignements sur l'impôt sur le revenu (obligatoire)

Votre prime annuelle et votre quote-part maximum seront calculées en fonction du revenu annuel de votre famille, comme indiqué sur la déclaration de revenus de l'Agence de revenu du Canada (ARC) pour l'année d'imposition la plus récente.

Veillez choisir l'une des options suivantes :

- Je ne consens (Nous ne consentons) **pas** à la communication du revenu familial, comme il figure sur nos déclarations de revenus de l'ARC pour l'année d'imposition la plus récente. **Je serai facturé (Nous serons facturés) la prime annuelle maximum et la quote-part maximum par ordonnance.**
- Je, soussigné, autorise (Nous, soussignés, autorisons) par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au responsable compétent du **ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick**, des renseignements sur mes (nos) déclarations de revenus, et, le cas échéant, tout autre renseignement confidentiel me (nous) concernant, qu'ils soient fournis par moi (nous) ou par un tiers. Ces renseignements devront être pertinents à la détermination et à la vérification de mon (notre) admissibilité aux services assurés, aux primes et aux quotes-parts du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et utilisés à cette fin uniquement. Ils ne seront divulgués à personne d'autre ni à aucune autre organisation sans mon (notre) autorisation. Il est entendu que, si je le souhaite (nous le souhaitons), je peux (nous pouvons) révoquer la présente autorisation à tout moment, en adressant une demande par écrit au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition en cours et toutes les années d'imposition subséquentes, durant lesquelles les services assurés pourront être demandés et déterminés en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Numéro d'assurance sociale du demandeur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J

M	M

A	A	A	A

Numéro d'assurance sociale du(de la) conjoint(e) (s'il y a lieu) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J

M	M

A	A	A	A

Le consentement du(de la) conjoint(e) est obligatoire même s'il(elle) ne demande pas la couverture. Les primes et les quotes-parts du régime sont fondées sur votre revenu familial.

SECTION 5 - Renseignements sur le paiement (obligatoire)

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Je, soussigné(e) (Nous, soussignés), autorise (autorisons) le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, ainsi que l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais [nous pourrions] autoriser) à commencer, conformément à mes (nos) instructions, des prélèvements périodiques pour le paiement de primes d'assurance et de tous autres frais connexes, chacun étant engagé à des fins personnelles. Le montant total sera prélevé mensuellement sur le compte désigné (ou tout autre compte désigné), le premier jour ouvrable de chaque mois. J'accepte (Nous acceptons) d'informer rapidement par écrit le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ci-dessus, de tout changement aux renseignements sur le compte bancaire fournis. Je reconnais (nous reconnaissons) que cette autorisation de prélèvement automatique demeurera en vigueur et aura plein effet avec les détails à jour sur le compte bancaire. Je confirme (Nous confirmons) que j'ai (nous avons) le pouvoir en vertu des modalités de la convention de compte auprès de mon (notre) institution financière d'autoriser les prélèvements dans le cadre de la présente autorisation et que toutes les personnes dont la signature est requise à l'égard du compte bancaire ont signé ou autrement autorisé la présente autorisation.

Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra obtenir mon (notre) autorisation avant d'effectuer tout autre prélèvement occasionnel. Croix Bleue Medavie est un tiers qui administre l'autorisation de prélèvement automatique pour les montants que je dois (nous devons) au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick reçoive un avis de modification ou d'annulation écrit de ma (notre) part. Cet avis devra être reçu par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick au moins dix (10) jours civils avant le prochain prélèvement.

Je peux (Nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'autorisation de prélèvement automatique auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le www.paiements.ca. Je comprends (Nous comprenons) que la présente autorisation ne s'applique qu'au mode de paiement de mes (nos) primes d'assurance et des frais connexes, et que sa révocation ne met pas fin ni n'annule, ne réduit ou ne touche de quelque façon que ce soit mes (nos) obligations envers le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Je reconnais (Nous reconnaissons) que je devrai (nous devrons) prendre d'autres dispositions de paiement acceptables par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick si je révoque (nous révoquons) l'autorisation de prélèvement automatique, mais que je continue (nous continuons) d'avoir des montants dus au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick peut également annuler cette autorisation en me (nous) remettant un préavis d'au moins cinq (5) jours civils, conformément aux règles établies par Paiements Canada.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours dans le cas où un prélèvement ne soit pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente autorisation. Pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

Je renonce (nous renonçons) à mon (notre) droit de recevoir un préavis du montant de tout prélèvement automatique, et je conviens (nous convenons) que je n'ai pas (nous n'avons pas) besoin d'être informé(e)(s) à l'avance du montant du prélèvement avant qu'il soit effectué. J'accepte (Nous acceptons) également qu'une confirmation me (nous) soit fournie dans les cinq (5) jours civils suivant le premier prélèvement automatique.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : Remplir seulement les champs qui s'appliquent.

1. Le demandeur ou son(sa) conjoint(e) paiera les primes

Veillez joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière, et signer ci-dessous.

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A		

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A		

(s'il s'agit d'un compte bancaire conjoint)

2. Si c'est quelqu'un d'autre que le demandeur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera les primes

Veillez joindre un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de votre institution financière, lire les modalités de l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessus et remplir les renseignements ci-dessous pour attester qu'elle accepte ces modalités.

En fournissant un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct, en remplissant les renseignements demandés et en signant ci-dessous, la personne soussignée accepte les modalités de l'autorisation de prélèvement automatique.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville/Village : _____ Province : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A		

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A		

(s'il s'agit d'un compte bancaire conjoint)

SECTION 6 - Déclaration personnelle et autorisation (obligatoire)

En signant le formulaire d'adhésion suivant, je confirme que :

Je présente une demande d'adhésion au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, et je fournis dans le présent formulaire des renseignements à cette fin.

Je comprends que je peux retirer ma demande et annuler ma couverture en tout temps.

Les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que transmettre des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir des renseignements auprès de l'Assurance-maladie et d'autres sources afin de vérifier l'information sur ce formulaire et l'admissibilité au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je consens à informer le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick de tout changement pouvant avoir des répercussions sur ma couverture.

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis ainsi que tous les renseignements personnels actuellement en la possession du Régime ou susceptibles d'être collectés à l'avenir pourront être recueillis, utilisés ou communiqués aux fins d'application des modalités du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

J'autorise le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels en vertu des conditions énoncées ci-dessus, aussi longtemps que je serai couvert par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

Je comprends que je peux révoquer mon consentement à tout moment. Dans certains cas, la révocation de mon consentement peut mettre le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick dans l'impossibilité de me fournir la couverture ou les services assurés demandés.

Je comprends que je dois payer une prime tous les mois pour avoir droit aux services assurés et que si je ne paie pas les primes en entier, les services assurés ne seront pas remboursés et la couverture sera suspendue ou annulée.

Je comprends que l'omission de payer les primes ne signifie pas que j'ai annulé ma couverture en vertu du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et que je dois communiquer avec l'administrateur afin de le faire. Je comprends que des mesures seront prises pour recouvrer toute prime impayée.

Votre signature ainsi que celle de votre conjoint(e) et de toutes vos personnes à charge de plus de 16 ans sont requises même s'ils ne demandent pas la couverture. Si vous signez au nom du demandeur, veuillez joindre une copie de la procuration.

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Demandeur

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Conjoint(e)

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Personne à charge*

Signer ici X : _____ Date de la signature :

J	J	M	M	A	A	A	A

Personne à charge*

*Un parent ou un tuteur peut signer au nom de la personne à charge seulement si :

- le demandeur est âgé de 16 à 18 ans (inclusivement) et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation;
- le demandeur est âgé de 19 ans ou plus et n'a pas la capacité de signer la déclaration personnelle et l'autorisation, ou a donné l'autorité légale à une autre personne d'agir en son nom. Veuillez joindre une copie de la procuration.

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* (LN-B 2014, ch 4, art 12 et art 13). Ces renseignements seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, LN-B 2009, c P-7.05. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels, visitez le www.gnb.ca/santevieprivee.