

i Comment remplir ce formulaire

1. Les sections 1 et 4 sont obligatoires.
2. Veuillez remplir les sections 2 et 3 seulement si des changements sont requis.
3. Si vous souhaitez annuler votre inscription ou modifier vos coordonnées, veuillez communiquer avec nous en composant le numéro indiqué ci-dessous.

? Comment nous joindre

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick
C.P. 690
Moncton (N.-B.) E1C 8M7

Numéro sans frais : 1-855-540-7325
Télécopieur : 1-888-455-8322
Site Web : gnb.ca/regimemedicaments

1 Renseignements actuels sur le titulaire de carte principal *(obligatoire)*

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

N° d'identification du régime : _____ Date de naissance : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

2 Changement aux renseignements personnels

Changement de nom :

Du titulaire de carte principal du (de la) conjoint(e) d'une personne à charge

Ancien nom :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

Nouveau nom :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

Changement de n° d'assurance-maladie :

Titulaire de carte principal

Conjoint(e) ou personne à charge :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

Date de naissance : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

Nouveau n° d'assurance-maladie : _____

3 Changement aux renseignements sur le paiement

Chaque mois, vos primes mensuelles seront prélevées automatiquement de votre compte bancaire. Veuillez remplir l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessous.

Date d'effet du changement : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Par la présente, j'autorise le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick ainsi que l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière désignée par moi par la suite) à effectuer sur mon compte bancaire, conformément à mes instructions, des prélèvements périodiques et/ou ponctuels, occasionnellement, pour payer mes primes d'assurance. Des prélèvements mensuels périodiques équivalant au montant des services rendus seront effectués sur le compte désigné par moi le premier jour ouvrable de chaque mois. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick n'aura pas à m'envoyer de préavis de prélèvement, mais sera tenu de me fournir un relevé de prime indiquant le montant de chaque prélèvement périodique. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra obtenir mon autorisation pour tout autre prélèvement ponctuel ou sporadique. Le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick devra être informé par écrit de toutes modifications des renseignements bancaires pertinentes.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le responsable, représentant ou agent compétent du ministère de la Santé ou du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick reçoive un avis de modification ou d'annulation écrit de ma part. Cet avis devra parvenir dix (10) jours ouvrables, au moins, avant le prochain prélèvement. Il devra être envoyé au Régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Je peux obtenir un exemplaire de formulaire d'annulation, ou de plus amples renseignements sur mes droits de révocation de l'accord de prélèvement automatique, auprès de mon institution financière ou sur le site www.paiements.ca.

J'ai certains droits de recours en cas de prélèvement non conforme au présent accord. J'ai droit, par exemple, au remboursement de tout prélèvement automatique effectué sur mon compte sans mon autorisation ou d'une façon non conforme au présent accord de prélèvement automatique. Je peux m'adresser à mon institution financière ou consulter le site www.paiements.ca pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou tout autre renseignement sur mes droits de recours.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES : veuillez 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.

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

Si c'est quelqu'un d'autre que le demandeur ou son(sa) conjoint(e) qui paiera les primes, veuillez lui faire joindre **un chèque portant la mention « annulé » ou un formulaire d'autorisation de prélèvement automatique/dépôt direct de son institution financière**, et remplir les renseignements ci-dessous :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____

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

Ville/village : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro (p. ex. cellulaire) : _____

Signature du titulaire du compte bancaire : _____ Date de la signature : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

4 Déclaration du titulaire de carte principal (obligatoire)

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

Nom du titulaire de carte principal : _____

Signature du titulaire de carte principal : _____ Date de la signature : JJ ____ / MM ____ / AAAA _____

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). Ils 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 de renseignements personnels, visitez le site Web www.gnb.ca/santevieprivee, ou communiquez avec le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1.