

CECI N'EST PAS UNE DEMANDE D'INSCRIPTION.

Modification demandée (Cochez la case pertinente et inscrivez les changements à la section «Commentaires».)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Remplacement d'une carte (une seule carte par personne)
Nom de l'individu qui a besoin d'une carte :

Des frais non remboursables de 10 \$ par carte sont exigés sauf si :
<input type="checkbox"/> vous recevez le Supplément de revenu garanti (SRG)
<input type="checkbox"/> vous êtes bénéficiaire de l'aide au revenu
<input type="checkbox"/> vous avez reçu une carte endommagée ou ayant des fautes d'impression

<input type="checkbox"/> Carte périmée/renouvellement _____ / _____ (Tel qu'indiqué sur la carte)
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse _____ mm _____ aaaa

<input type="checkbox"/> Mariage - nom, date de naissance et numéro d'Assurance-maladie du conjoint ou de la conjointe; nom de jeune fille, nom choisi et numéro d'Assurance-maladie de l'épouse

<input type="checkbox"/> Divorce ou séparation - adresse de l'ancien conjoint/ancienne conjointe; avec qui vivent les personnes à charge

<input type="checkbox"/> Changement ou correction à apporter au nom - fournir une copie du certificat de naissance s'il ne s'agit pas d'un changement lié au mariage et si la personne n'est pas née au Nouveau-Brunswick

<input type="checkbox"/> Date de naissance incorrecte - fournir une copie du certificat de naissance si la personne n'est pas née au Nouveau-Brunswick. Les Néo-Brunswickoises doivent fournir leur nom de jeune fille. | <input type="checkbox"/> Décès - date du décès et nom de la personne décédée
<input type="checkbox"/> Déménagement à l'extérieur de la province - date du déménagement, adresse, province ou pays
<input type="checkbox"/> Naissance - nom, sexe et date de naissance de l'enfant
<input type="checkbox"/> Adoption - nom, sexe et date de naissance de l'enfant; nom du travailleur social le cas échéant
<input type="checkbox"/> Absence temporaire (y compris les travailleurs mobiles et à contrat) - motif de l'absence, date du départ, destination, date de retour prévue
<input type="checkbox"/> Études à l'extérieur de la province - adresse, date du départ, date de retour prévue, nom de l'établissement, durée des études
<input type="checkbox"/> Sortie d'un pénitencier fédéral - date d'entrée au pénitencier, date de sortie, nom du pénitencier et province
<input type="checkbox"/> Début ou fin de service au sein de la GRC ou des forces armées - date exacte de début et/ou de fin du service, lieu d'affectation (province)
<input type="checkbox"/> Autre _____

_____ |
|--|---|

Commentaires _____

Renseignements concernant le demandeur. Veuillez écrire lisiblement.

1	Demandeur		Prénom		Autre prénom		Nom de famille						
2	Date de naissance	JJ	MM	AAAA	N° d'Assurance-maladie	Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3	Nom du conjoint/ de la conjointe	Date de naissance		JJ	MM	AAAA	N° d'Assurance-maladie	Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Nom de la personne à charge	Date de naissance		JJ	MM	AAAA	N° d'Assurance-maladie	Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Nom de la personne à charge	Date de naissance		JJ	MM	AAAA	N° d'Assurance-maladie	Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Nom de la personne à charge	Date de naissance		JJ	MM	AAAA	N° d'Assurance-maladie	Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Donneur d'organes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Nom choisi au moment du mariage					8	Autre(s) nom(s) de famille déjà utilisé(s)						
9	Numéros de téléphone		Domicile ()				Travail ()						
10	Adresse postale actuelle	Numéro et rue					N° d'appartement						
		Cité, ville ou village			Province		Code postal						

DÉCLARATION DU RÉSIDENT

Un résident désigne une personne qui est établie et vit habituellement au Nouveau-Brunswick mais ne comprend ni les touristes, personnes de passage ou visiteurs au Nouveau-Brunswick. Quiconque **enfreint** les dispositions relatives à la résidence ou **aide** une personne à les enfreindre est coupable d'une infraction et passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement ou des deux. Je, le demandeur, déclare par la présente que j'ai lu la définition de «résident» ci-dessus et que les renseignements figurant sur cette formule sont exacts. Les personnes dont les noms apparaissent ici sont bien des résidents permanents conformément à la définition de «résident» ci-dessus.

Signature du demandeur _____ Date _____

N'ÉCRIVEZ PAS CI-DESSOUS, RÉSERVÉ AU BUREAU LOCAL SEULEMENT

A	Nom figurant au système de l'Assurance-maladie	Prénom	Nom de famille	N° d'assurance-maladie				
B	Date de naissance figurant au système de l'Assurance-maladie	JJ	MM	AAAA	C	Documents justificatifs ci-joints <input type="checkbox"/>	Signature autorisée	
D	Membres du foyer vérifiés <input type="checkbox"/>	Admissibilité vérifiée <input type="checkbox"/>	Notes au dossier vérifiées <input type="checkbox"/>					
E	Indiquer les membres de la famille touchés par la modification :							
F	Observations :				Timbre d'authentification			

Demande de modification, remplacement ou renouvellement d'une carte d'Assurance-maladie

- Veuillez imprimer, remplir et envoyer cette formule a :

Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick
Ministère de la santé et du Mieux-être
Case postale 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Ou visitez le bureau de SNB le plus près de chez vous.

- Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions au sujet de cette formule, n'hésitez pas à communiquer avec TéléServices de Services Nouveau-Brunswick au numéro sans frais 1 888 762-8600.
- Cette formule ne peut pas être utilisée pour faire une demande d'inscription. Si vous êtes un résident récent ou un résident de retour au Nouveau-Brunswick, veuillez remplir la "Demande d'inscription – Assurance-maladie".