

Prénom et nom du demandeur qui remplit le formulaire			Individus, dont la carte d'Assurance-maladie s'est échuë ou a été résiliée il y a plus de deux ans, doivent faire une nouvelle demande auprès de l'Assurance-maladie du N.-B. et remplir une demande d'inscription.		
L'adresse du domicile actuel DOIT être indiquée.	N° d'appartement	Numéro et rue du domicile	Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)		
Ville ou village		Province	Code postal	Ville ou village	Province
Téléphone: Domicile: ()		Cellulaire: ()		Travail: ()	
Employeur et/ou profession (le cas échéant):					
IMPORTANT : Tous les champs du présent formulaire DOIVENT être remplis. Les demandes incomplètes seront retournées à l'expéditeur. Pour les conditions à remplir, reportez-vous au verso de la demande.					
Êtes-vous un: <input type="checkbox"/> Nouveau résident <input type="checkbox"/> Résident de retour <input type="checkbox"/> Résident qui n'a pas quitté le N.-B. Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français					
État matrimonial: <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait					

« Personne à charge » désigne un conjoint ou un enfant qui habite le Nouveau-Brunswick et qui est :

a) le conjoint du bénéficiaire, à condition de vivre sous le même toit, ou

b) l'enfant admissible du bénéficiaire qui est âgé de moins de dix-neuf ans, célibataire et dépendant du bénéficiaire pour sa subsistance, y compris : un enfant adoptif; un enfant pour lequel une personne tient lieu de parent, si le conjoint de cette dernière est un parent de l'enfant; un enfant dont les parents ne sont pas mariés l'un à l'autre.

« Enfant » désigne un enfant, un beau-fils ou une belle-fille, un enfant adoptif ou un pupille du demandeur qui est (b).

Veillez indiquer ci-dessous votre nom et celui de toutes les personnes résidant avec vous qui vous ont accompagné au N.-B.

Numéro d'assurance-maladie du N.-B., le cas échéant	Nom	Prénom privilégié	Donneur d'organes O ou N	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Sexe M ou F	Date de départ du N.-B. (JJ/MM/AA)	Date de l'établissement au N.-B. à titre permanent (JJ/MM/AA)
	<i>Demandeur</i>						
	<i>Conjoint/partenaire</i>						
	<i>Personne à charge</i>						
	<i>Personne à charge</i>						
	<i>Personne à charge</i>						
	<i>Personne à charge</i>						

Raison de l'absence du Nouveau-Brunswick (le cas échéant) :

Où étiez-vous avant votre arrivée? (Pays, province, territoire):

Avez-vous demandé l'inscription au régime d'assurance-maladie dans une autre province ou dans un territoire? Oui Non

Indiquez votre ou vos numéros d'assurance-maladie:

Combien de temps comptez-vous rester au Nouveau-Brunswick? Établissement permanent (plus d'un an) Établissement temporaire (moins d'un an)

Est-ce que vous déménagez au N.-B. pour fins d'études uniquement? Oui Non

Nom de l'établissement d'enseignement:

Votre conjoint et les enfants à votre charge vous ont-ils accompagné? Oui Non

Si non, à quelle date est-il prévu qu'ils vous rejoignent (JJ/MM/AA): _____ D'où arrivent-ils? _____

Numéro d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick du conjoint: _____ Nom du conjoint avant le mariage: _____

Si vous (ou votre conjoint) êtes membre(s) régulier(s) des Forces armées, veuillez indiquer: Nom du ou des membres :

Date(s) d'enrôlement (JJ/MM/AA): _____ Date(s) officielle(s) de libération du service (JJ/MM/AA): _____ Province de libération: _____

Si vous êtes libéré d'un établissement pénitentiaire: Fédéral Provincial Nom de l'établissement: _____

Date de l'entrée la plus récente (JJ/MM/AA): _____ Date de mise en liberté (JJ/MM/AA): _____

Province de mise en liberté: _____ Nom du membre mis en liberté: _____

Est-ce que vous-même ou une personne résidant avec vous avez quitté le Nouveau-Brunswick pour plus de 30 jours au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si oui, indiquez le(s) nom(s): _____

Date de départ (JJ/MM/AA): _____ Date de retour (JJ/MM/AA): _____ Destination: _____

Raison de l'absence:

Autres commentaires:

Déclaration du résident – Veuillez lire attentivement

La Loi sur le paiement des services médicaux définit un « résident » comme « une personne ayant légalement le droit d'être ou de rester au Canada, qui s'établit et vit habituellement au Nouveau-Brunswick ». Cette définition exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs au Nouveau-Brunswick.

Le soussigné demandeur déclare par la présente avoir lu la définition de « résident », que les renseignements figurant sur ce formulaire sont exacts et que les personnes indiquées sont des résidents permanents conformément à la définition de « résident ».

Date: _____ Signature du demandeur: _____ Signature du conjoint/partenaire: _____

La première condition à remplir pour être admissible à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick est la résidence permanente dans la province. Un résident est une personne ayant légalement le droit de rester au Canada, qui s'établit et vit habituellement dans la province. Cette définition exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs au Nouveau-Brunswick.

Toute personne qui, en connaissance de cause, bénéficie ou aide une autre personne à bénéficier de services assurés auxquels elle n'a pas droit commet une infraction.

TOUS LES NOUVEAUX DEMANDEURS ET DEMANDEURS DE RETOUR DOIVENT FOURNIR UNE PREUVE DE CITOYENNETÉ CANADIENNE.

TOUS LES RÉSIDENTS NON CANADIENS DOIVENT TRANSMETTRE UNE COPIE DE LA FICHE DÉLIVRÉE PAR IMMIGRATION CANADA ET DE LA DERNIÈRE DATE DU TIMBRE D'ENTRÉE SUR LEUR PASSEPORT.

Documents requis à l'inscription

Pour le traitement de votre demande à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, vous devez fournir, en plus d'une preuve de citoyenneté canadienne ou de la fiche délivrée par Immigration Canada, une photocopie de pièces établissant **vos identité et votre lieu de résidence.**

Une pièce de la liste 1 pour chaque personne indiquée sur le formulaire de demande

ET

une pièce de la liste 1 et une pièce de la liste 2 pour le demandeur

À noter : La même pièce ne peut pas servir à satisfaire plus d'une exigence.
N'envoyez pas d'originaux. Nous ne pouvons pas garantir leur restitution.
Si la demande n'est pas accompagnée d'une pièce de chacune des catégories ci-dessous, elle ne sera pas traitée.

Les demandes sont examinées au cas par cas; après examen, des renseignements supplémentaires peuvent être demandés.

Liste 1

Preuve d'identité

Une pièce qui porte votre nom, comme:

- Un acte de naissance
- Un permis de conduire valide du Nouveau-Brunswick
- Un passeport valide (canadien ou étranger)
- Un acte de baptême (avec mention du lieu et de la date de naissance)
- Une carte valide de résident permanent (recto et verso) ou une fiche relative au droit d'établissement (formulaire IMM 1000)
- Un permis de résidence temporaire en vigueur délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (ne garantit pas l'admissibilité à l'Assurance-maladie du N.-B.)
- Un certificat de citoyenneté canadienne
- Un certificat canadien de statut d'autochtone (recto et verso)
- Un certificat de changement de nom
- Une carte d'étudiant ou d'employé
- Une ancienne carte santé provinciale

Liste 2

Preuve de résidence au Nouveau-Brunswick

Le document doit porter le nom du demandeur et son adresse au N.-B. telle que fournie à l'Assurance-maladie, par exemple:

- Un acte hypothécaire
- Un contrat de location ou bail (obligatoirement signé par le propriétaire et le locataire)
- Une facture de services publics émise dans les deux derniers mois (téléphone, électricité, câble/satellite, eau/égout)
- Une preuve d'emploi actuel (bordereau de paie ou lettre de l'employeur sur du papier à en-tête de l'entreprise)
- Un contrat d'assurance (habitation, locataire, auto)
- Un certificat d'immatriculation valide de véhicule à moteur du N.-B.
- Un permis de conduire valide du N.-B.
- Un avis de prestation fiscale pour enfants
- Une facture d'impôt foncier (année en cours)

POUR ÉVITER TOUT RETARD DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DE CE QUI SUIT.

N'envoyez pas d'originaux. Nous ne pouvons pas garantir leur restitution.

Il est important que vous fournissiez un numéro où vous joindre pour le cas où l'Assurance-maladie devrait communiquer avec vous.

Vous devez fournir l'adresse de votre domicile actuel même si votre adresse postale est différente.

Vous ne pouvez pas demander l'inscription à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick avant votre arrivée au Nouveau-Brunswick.

Si vous avez été inscrit à l'Assurance-maladie sous un autre nom, veuillez indiquer dans la section « *Autres commentaires* » le nom sous lequel vous étiez inscrit.

Un formulaire de demande séparé doit être rempli pour toute personne à charge âgée d'au moins 19 ans. Si vous remplissez le présent formulaire pour une autre personne âgée d'au moins 19 ans, vous devez fournir une copie de la procuration.

Les résidents du N.-B. qui soumettent un acte de naissance délivré à l'étranger doivent fournir leur fiche d'Immigration Canada ou une preuve de citoyenneté canadienne. L'Assurance-maladie ne fera aucune détermination de citoyenneté au nom de Citoyenneté et Immigration Canada.

Les divergences avec les documents attestant la résidence permanente ou les permis de résidence temporaire sont de la responsabilité du demandeur et de Citoyenneté et Immigration Canada.

Une fois le formulaire rempli, veuillez lire et signer la section « Déclaration du résident ».

La signature du demandeur (la personne qui remplit le formulaire) et de son conjoint/partenaire (s'il arrive avec vous) est requise.

Votre demande sera traitée dans les quatre à six semaines de sa réception par l'Assurance-maladie.

Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions concernant le présent formulaire, veuillez communiquer avec TéléServices de Service Nouveau-Brunswick au numéro sans frais 1-888-762-8600 ou consulter www.gnb.ca/santé.

Les formulaires remplis peuvent être envoyés par la poste à l'adresse au recto du formulaire ou remis en main propre dans un bureau de Service Nouveau-Brunswick. L'Assurance-maladie ne traite que les demandes originales. Les demandes envoyées par télécopieur ou photocopées ne sont pas traitées.

Le ministère de la Santé recueille les renseignements personnels requis dans le présent formulaire aux fins d'examen et de traitement de vos demandes à l'Assurance-maladie et il s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements personnels.

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée ou sur vos droits à cet égard, consultez

www.gnb.ca