

## ? 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.....     | 35 683 \$ | 5 personnes.....     | 56 419 \$ | 7 personnes.....     | 66 756 \$ |
| 3 personnes.....     | 43 702 \$ | 6 personnes.....     | 61 804 \$ | 8 personnes.....     | 71 365 \$ |
| 4 personnes.....     | 50 463 \$ |                      |           |                      |           |

Remarque : les enfants de 19 ans et plus ne sont pas inclus dans le calcul de la taille de la famille.

## ? Admissibilité

Pour être admissible à la couverture complète, vous devez :

- résider actuellement au Nouveau-Brunswick.
- avoir un ou des enfants à charge de moins de 18 ans.
- avoir inscrit vos enfants à charge au Régime canadien de soins dentaires (RCSD).
- ne pas détenir une autre couverture pour soins dentaires ou soins de la vue dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux ou régimes d'assurance privés.

Document à produire :

- 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-maladie : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Est-ce que vous êtes nouvellement arrivé au Canada et n'avez pas encore rempli votre première déclaration de revenus au Canada? ☐ 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.  
 (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<br>(jour/mois/année) | Numéro d'assurance-<br>maladie du N.-B. |
|----------------|--------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
|                |        |                                        |                                         |
|                |        |                                        |                                         |
|                |        |                                        |                                         |
|                |        |                                        |                                         |
|                |        |                                        |                                         |

## 2 Assurance-maladie\*

Vos enfants à charge sont-ils actuellement inscrits au Régime canadien de soins dentaires (RCSD)?

- ☐ Oui N.B. : Si vos enfants ne sont pas inscrits au RCSD, le régime *De beaux sourires et une bonne vision* ne remboursera tout de même que le montant de la demande de règlement qui n'aurait pas été couvert par le RCSD.
- ☐ Non

Vos enfants à charge bénéficient-ils actuellement d'une assurance-maladie dans le cadre d'un régime public ou privé?

- ☐ Oui Nom du régime gouvernemental ou de l'assureur privé: \_\_\_\_\_
- ☐ 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. : Pour les enfants qui bénéficient d'une couverture des soins dentaires et des soins de la vue par l'entremise du ministère du Développement social, cette couverture est fournie par le 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

Veuillez 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).

Avez-vous un conjoint de droit ou de fait?

- ☐ Oui Nom de la personne : \_\_\_\_\_
- ☐ Non

|                                          |  |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revenu net combiné de l'année précédente |  | ← Ligne 23600 de l'avis de cotisation ou de la déclaration de revenus de l'année précédente pour vous et votre conjoint (s'il y a lieu). Veuillez inclure une copie. |
|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 : \_\_\_\_\_