

FORMULAIRE DE CHANGEMENT

Numéro de police	Numéro d'identification	Nom et prénom du retraité	Numéro d'assurance sociale du retraité - -
------------------	-------------------------	---------------------------	---

TYPE DE CHANGEMENT – COCHER ✓

<input type="checkbox"/> Nom	<input type="checkbox"/> Téléphone / courriel	<input type="checkbox"/> Changement d'état civil	<input type="checkbox"/> Inscrire un étudiant
<input type="checkbox"/> Adresse	<input type="checkbox"/> Couverture (annuler, changer)	<input type="checkbox"/> Cesser toute la couverture	<input type="checkbox"/> Inscrire une personne à charge ayant dépassé la limite d'âge

REEMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DES RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT

Nom de famille	Prénom	Initiale	Sexe H/F	Date de naissance JJ MM AAAA			A-Ajouter S-Supprimer
Adresse (nom de la rue et numéro)	Retraité						
Ville ou Village	Province	Conjoint					
Code postal	Numéro de téléphone () -	Enfants (remplir la page 2, s'il y a lieu)					
Adresse courriel	Enfants (remplir la page 2, s'il y a lieu)						

REEMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DE L'ÉTAT CIVIL

Ajouter un conjoint* Enlever un conjoint Changement d'état civil : _____
JJ/MM/AAAA

* S'il ajoute un nouveau conjoint ou des personnes à charge admissibles, le retraité doit changer la couverture individuelle pour la couverture familiale dans les 31 jours suivant la date du mariage ou de l'union de fait.

REMARQUE : Un conjoint survivant d'un retraité du GNB ne peut ajouter un nouveau conjoint ou de nouvelles personnes à charge par suite d'un nouveau mariage.

REEMPLIR EN CAS D'ANNULATION OU DE CHANGEMENT DE COUVERTURE

Prestation	Annuler	Changer pour :	
Soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale
Assurance voyage*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale
Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale

*La couverture de voyage est uniquement disponible avec la couverture santé.

Date d'entrée en vigueur du changement : _____
JJ/MM/AAAA

REMARQUE : L'annulation de la couverture entrera en vigueur à la fin du mois et n'est pas rétroactive. Les changements entreren en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la date de la demande de changement.

Si je demande l'annulation de ma couverture, je comprends ce qui suit :

- Après la date d'entrée en vigueur de l'annulation indiquée ci-dessus, je n'aurai pas le droit de rétablir ma couverture à une date future en vertu du régime des retraités du gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- Il m'incombe de m'assurer que toute autre couverture répond à mes besoins avant de demander l'annulation de ma couverture (p. ex. « Les coûts liés à mes médicaments sur ordonnance seront-ils couverts? »).

