

Déclaration de confidentialité

MDM Insurance Services Inc. s'engage à protéger la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de la conduite des affaires. Nous ne divulguerons pas vos informations à un tiers sans votre accord personnel et préalable.

A. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de famille: _____ Prénom: _____ Initiales: _____

Adresse du domicile: _____
Rue Ville Prov. code postal

Date de naissance: An ____ / Mois ____ / Jour ____ mâle femelle Célibataire Marié(e) Conjoint de fait* Autre _____

E-mail: _____ Préférence de langue: Anglais Français

Information bancaire: _____
banque # transit # compte #

*Déclaration d'union de fait: *Je vis avec et représente _____ comme mon conjoint depuis le _____ (A/M/J). Mon conjoint de fait et moi sommes seuls responsables financièrement de tous nos enfants réclamé à des fins d'assurance. Je vérifie en outre que je ne suis pas obligé de fournir une couverture pour mon conjoint légal, le cas échéant.*

B. COUVERTURE REQUISE

Soins de santé prolongés: Célibataire Famille Renoncé - Je me retire car les personnes à ma charge et moi bénéficions de soins de santé prolongés dans le cadre du régime de mon conjoint. avoir 31 jours après la fin du régime de mon conjoint pour demander des prestations dentaires en vertu de cette police, ou moi et/ou toute personne à charge admissible seront limité aux limites des prestations de la première année, comme indiqué dans la police collective.

Soins dentaire: Célibataire Famille Renoncé - JJe me désinscris car les personnes à ma charge et moi bénéficions de prestations dentaires dans le cadre du régime de mon conjoint. e comprends que j'ai 31 jours après la résiliation du régime de mon conjoint pour demander des prestations d'assurance-maladie complémentaire en vertu de cette police, ou moi et/ou tout autre les personnes à charge éligibles devront fournir, à mes frais, une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par la compagnie d'assurance.

Coordination des Prestations (CdP) : Êtes-vous ou les personnes à votre charge actuellement couvertes par une autre assurance médicale collective?* Oui Non
 Êtes-vous ou les personnes à votre charge actuellement couvertes par une autre police d'assurance dentaire collective?* Oui Non

*Si l'autre titulaire de police est une personne autre qu'une personne à charge énumérée ci-dessous, veuillez fournir:

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

C. INSCRIPTION DES PERSONNES À CHARGE * ELLE DOIT ÊTRE REMPLIE POUR TOUTES LES COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE *****

Dépendant	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aa/mm/jj)	Soins de santé CdP	Soins dentaire CdP	L'employé est-il le parentgardien?	Le genre
Conjoint					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

D. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaire(s) principal(aux) - parts égales sauf autre % indiqué	Relation	% Partager
Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) - parts égales sauf si autre % indiqué	Relation	% Partager

Si un bénéficiaire est mineur, désignez un fiduciaire: _____ Relation avec l'employé: _____

E. SIGNATURE ET AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Par la présente, je fais une demande d'assurance collective et j'autorise la retenue sur ma paie et le versement à MDM Insurance Services Inc. de toute cotisation requise en vertu du régime d'assurance collective. Je par la présente autoriser mon employeur, MDM Insurance Services Inc., l'administrateur du régime collectif, leurs mandataires ou toute autre personne ou organisation détenant des renseignements pertinents me concernant, mon conjoint ou personnes à charge de divulguer et d'échanger toute information nécessaire aux fins de la détermination de l'admissibilité aux prestations et de l'administration du régime d'avantages sociaux collectifs. Je confirme que je suis autorisé agir au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge à ces fins. Je déclare que les informations fournies sont véridiques, complètes et exactes. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature: _____ Date: _____

F. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI - à remplir par l'employeur

Nom de l'employeur: _____ Groupe #: _____ Numéro de classe/emplacement: _____

Début de l'emploi à temps plein (A/M/J): _____ Début de l'emploi à temps partiel (A/M/J): _____

Heures minimales travaillées chaque semaine: _____ Profession: _____

Rémunération actuel: _____ \$ Horaire Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuel Annuel

Pour choisir de renoncer à la période d'attente pour cet employé, voir les instructions au verso (Section F; #4)

Je confirme que cet inscrit a été continuellement à notre emploi depuis la date indiquée et travaille actuellement activement avec rémunération.

Signature: _____ Titre: _____ Date: _____

INSTRUCTIONS POUR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veillez imprimer clairement toutes les informations à l'encre.

SECTION A - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (à remplir par l'employé)

1. Écrivez clairement votre nom et votre adresse postale complète, y compris le code postal.
2. Entrez la date de naissance en format année, mois, jour et marquez un "x" pour indiquer le sexe et la situation de famille.
3. Entrez votre adresse e-mail et vos informations bancaires si vous souhaitez que vos réclamations soient traitées par voie électronique. Votre compte bancaire sera automatiquement crédité du montant de votre réclamation. Une explication des avantages vous sera envoyée par e-mail.
4. Remplissez la déclaration de union de fait s'il y a lieu avec le nom de votre conjoint de fait et la date de cohabitation.

SECTION B - COUVERTURE REQUISE (à remplir par l'employé)

1. Pour les soins de santé complémentaires et les soins dentaires, cochez la case de couverture appropriée. Indiquez si la couverture pour vous ou vos personnes à charge est également disponible auprès d'une autre source (coordination des prestations). Si l'autre preneur d'assurance est quelqu'un d'autre qu'une personne à charge, veuillez indiquer son nom complet et sa date de naissance.
2. Si vous êtes admissible à une couverture par le régime de votre conjoint et que vous choisissez de renoncer à l'assurance-maladie complémentaire et/ou dentaire couverture, veuillez cocher la case appropriée.

SECTION C - INSCRIPTION DES PERSONNES À CHARGE (à remplir par l'employé)

1. Inscrivez en lettres moulées le nom et le prénom de chaque personne admissible à être couverte par le régime d'avantages sociaux de votre employeur. Joindre une feuille séparée si de l'espace supplémentaire est nécessaire.
2. Entrez la date de naissance complète au format année, mois, jour pour chaque personne à charge. Veuillez vous assurer de l'exactitude des dates de naissance, car cela affecter le paiement des réclamations et l'admissibilité des personnes à charge.
3. Pour chaque personne à charge répertoriée, indiquez si la coordination des prestations s'applique à l'EHC et/ou aux soins dentaires.
4. Si vous et votre conjoint êtes séparés/divorcés, veuillez indiquer si vous êtes le parent gardien.
5. Indiquez le sexe de la personne à charge.

SECTION D - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (à remplir par l'employé)

1. Si le(s) bénéficiaire(s) principal(aux) décède(nt) avant l'employé(e), le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) aura(ont) droit à la avantages. Lorsque tous les bénéficiaires décèdent avant l'employé, les prestations sont versées à la succession de l'employé.
2. Si plus d'un bénéficiaire est inscrit, les prestations seront versées en parts égales, à moins que d'autres pourcentages ne soient fournis.
3. Le produit de la police ne peut pas être versé à un mineur. Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, vous devez nommer un fiduciaire. Si vous nommez un fiduciaire, vous voudrez peut-être envisager de créer un accord de fiducie ou de faire référence à un accord de fiducie existant.

SECTION E - SIGNATURE ET AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

Ce formulaire doit être signé et daté par le salarié.

SECTION F - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (à remplir par l'employeur)

1. Nom de l'employeur (en caractères d'imprimerie, s'il vous plaît).
2. Date de début d'emploi à temps plein et/ou date de début d'emploi à temps partiel.
Indiquez le nombre minimum d'heures hebdomadaires de travail de l'inscrit et la profession de l'employé.
3. Si vous choisissez de demander la dispense de la période d'attente pour cet employé, un formulaire de demande de dispense de la période d'attente dûment rempli doit être rempli par un représentant autorisé de l'Employeur et accompagner ce formulaire ou être reçu dans les 31 jours de l'admissibilité de l'employé à adhérer au régime.
4. Si vous choisissez de faire une demande de renonciation au délai d'attente, vous devez le faire dans son intégralité.
5. Enregistrez le salaire actuel de l'employé et vérifiez le taux de rémunération approprié coïncidant avec le salaire.
6. Signer et dater.

POUR ÉVITER LES RETARDS, VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE TOUTES LES INFORMATIONS REQUISES SONT FOURNIES.

ENVOYER LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION REMPLI À:

MDM Insurance Services Inc.
PO Box 970
Guelph, Ontario N1H 6N1