

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 pour que vos réclamations soient traitées par voie électronique. Votre compte bancaire sera être automatiquement crédité du montant de votre réclamation. Une explication des avantages vous sera envoyée par e-mail.

SECTION B - 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 de la demande de règlement et l'admissibilité des personnes à charge.
3. Indiquez le sexe de la personne à charge.

SECTION C - COORDINATION DES AVANTAGES (à remplir par l'employé)

Pour les soins médicaux complémentaires et les soins dentaires, indiquez si une couverture pour vous ou vos personnes à charge est également disponible auprès d'une autre source.

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

Ce formulaire doit être signé et daté par le salarié.

SECTION E - INFORMATIONS SUR L'EMPLOI (à remplir par l'employeur)

1. Entrez le nom de votre entreprise (nom de l'employeur) et le numéro de groupe s'ils ne sont pas déjà pré-remplis (veuillez imprimer).
2. Entrez la date réelle à laquelle l'emploi à temps plein et/ou à temps partiel a commencé.
3. Entrez le numéro d'option HSA applicable à l'employé.
4. Signez et datez pour autoriser l'inscription de l'employé.

**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