

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMPTE DE DEPENSES PERSONNEL

Déclaration de confidentialité

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de ses activités.

Soumettez votre réclamation à MDM Insurance Services Inc.

Par courrier: PO Box 970, Guelph, ON, N1H 6N1

Télécopieur: (519) 836-4909

E-mail: inquiry@mdm-insurance.com

Toutes les déclarations doivent être remplies ou ce formulaire peut être retourné.

Les dépenses doivent être soumises dans les délais indiqués par votre PSA afin d'être prises en compte pour un remboursement.

Veuillez vous assurer que votre nom et une description complète de l'article ou du service acheté apparaissent sur tous les reçus. Les reçus ne seront pas retournés.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ (en lettres moulées lisiblement ou dactylographiées)

Nom de l'employeur _____ Numéro de contrat _____

Le nom de l'employé _____
Prénom _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____
(AAAA / MM / JJ)

Adresse postale de l'employé _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

AUTORISATION

Je certifie que les informations contenues dans ce document sont véridiques, complètes et exactes et que chacune des dépenses ci-jointes a été achetée et/ou engagée pour mon usage personnel. Je reconnais que la soumission d'informations fausses ou incomplètes peut entraîner le retard ou le refus de cette réclamation. J'autorise tout médecin, dentiste ou tout fournisseur et/ou établissement de soins de santé, toute compagnie d'assurance, fournisseur de services d'avantages sociaux et toute autre personne ou organisation, ayant des informations médicales ou autres informations personnelles pertinentes me concernant, à divulguer et à échanger avec MDM, l'administrateur du régime collectif, ou leurs représentants et/ou agents, toute information nécessaire pour enquêter et confirmer l'exactitude et la validité de cette demande, déterminer l'admissibilité aux prestations et/ou administrer la demande et le régime d'avantages sociaux collectifs.

Je comprends que les dépenses pour lesquelles je suis remboursé dans le cadre de mon compte de dépenses personnel ne peuvent pas être réclamées aux fins de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si des conséquences fiscales découlent du remboursement de ces dépenses, je suis responsable du paiement de ces taxes. Je comprends également que le promoteur de mon régime peut avoir accès à un résumé des montants totaux que j'ai réclamés au titre de mon compte de dépenses personnel à des fins de déclaration fiscale ou administrative.

J'accepte qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____