

DEMANDE DE RENONCIATION AU DELAI D'ATTENTE

Remplissez ce formulaire pour demander une dispense de la période d'attente pour les nouveaux employés. La renonciation au délai de carence est subordonnée à l'approbation de MDM. Après examen, des documents supplémentaires ou des éclaircissements peuvent être nécessaires.

Veillez retourner ce formulaire à: MDM Insurance Services Inc., PO Box 970, Guelph, ON, N1H 6N1.

Déclaration de confidentialité

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

A. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur:

Numéro de contrat

Numéro de classe

B. INFORMATIONS SUR LES EMPLOYÉS

Nom:

Date de naissance:

C. DÉCLARATION ET SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Aviez-vous une couverture auprès d'une autre compagnie d'assurance avant votre date d'embauche chez l'employeur actuel? Oui Non

À quelle date votre couverture auprès de votre ancien assureur a-t-elle cessé? _____

Quelle couverture aviez-vous dans le cadre de votre régime précédent? Veuillez cocher tout ce qui s'applique.

L'assurance vie DA&D Assurance vie à charge Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Soins de santé Soins dentaires

Comme l'exige la police collective, je demande par la présente une dispense du délai de carence. Je déclare que les informations contenues dans ce document sont vrai, complet et exact. Je comprends que la soumission d'informations fausses ou incomplètes peut entraîner un refus de couverture ou le retard ou le refus de toute réclamation. Je comprends que ces informations sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité à la couverture, statuer sur toutes les réclamations, et administrer le régime d'avantages sociaux du groupe. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'employé: _____

Date: _____

D. DÉCLARATION ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Par la présente, nous sollicitons la suppression du délai de carence pour cet employé car:

Dirigeant

Condition de l'offre d'emploi:

Est salarié à temps partiel depuis: _____

Autre: _____

Nom: _____

Titre: _____

Signature: _____

Date: _____

E. À L'USAGE DU BUREAU MDM UNIQUEMENT

La demande de dispense de la période d'attente pour l'employé nommé ci-dessus a été examinée et approuvée par MDM Insurance Services Inc.

Nom: _____

Titre: _____

Signature: _____

Date: _____