

PROPOSITION

Couverture supplémentaire au titre de l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité^{MC}

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, contactez : **CDSPI Services consultatifs Inc.**
1-800-561-9401 (sans frais) ou 416-296-9401, courriel : conseils@cdspi.com

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes afin d'éviter tout retard de traitement, et envoyez la proposition à :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4 Téléc. : 1-866-337-3389 (sans frais) ou 416-296-8920

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse **cdspi.com/accessibilite** pour obtenir de plus amples renseignements.

La proposition doit être signée et présentée dans les 60 jours suivant l'anniversaire de naissance de la personne à assurer. L'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} peut être exercée jusqu'au 60^e jour (inclusivement) suivant le 55^e anniversaire de naissance de la personne à assurer, sous réserve des maximums du régime et de l'option Garantie d'assurance.

Toute augmentation approuvée au titre de l'option Garantie d'assurance sera acceptée **selon les mêmes conditions** que celles du contrat auquel se rattache l'option Garantie d'assurance.

Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :
Cocher une seule case : Dr/Dre Société[†]

Nom de famille
(ou nom de la société)

Prénom

2. Particuliers seulement : Homme Femme

3. Adresse postale : Cocher une seule case : Domicile Travail

Rue et numéro

N° d'appartement

Ville

Province

Code postal

4. Téléphone (travail) Téléphone (domicile) Téléphone (cellulaire) Télécopieur

5. Adresse de courriel (veuillez la fournir pour accélérer le processus de proposition)

6. Numéro de compte, s'il est connu : [] [] [] [] [] [] [] []

Note : La fréquence des paiements sera la même que celle de votre couverture existante. Si vous souhaitez modifier la fréquence des paiements, n'hésitez pas à communiquer avec le CDSPI.

7. Langue de correspondance : Anglais Français

[†] **Note :** Pour des raisons fiscales, le proposant de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} n'est généralement pas une société. Veuillez communiquer avec CDSPI Services consultatifs Inc. pour obtenir de plus amples renseignements.

Section 2 Personne à assurer

Note : Veuillez remplir cette section même si le proposant est la personne à assurer.

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Dr/Dre

Nom de famille

Prénom

2. Homme Femme

3. Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] []
J J M M A A A A

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

Section 3 Renseignements sur l'option Garantie d'assurance

1. Est-ce que vous êtes invalide et vous recevez des prestations actuellement, ou êtes-vous en train d'accomplir un délai de carence? Oui Non
Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. _____

2. A. Déterminez-vous actuellement ou avez-vous fait simultanément une demande d'assurance maladie ou accident (y compris une assurance invalidité par l'entremise de votre employeur), d'assurance des frais généraux ou de Protection retraite, dans le cadre de contrats individuels ou collectifs, ou de contrats de travail ou de société, autrement que dans le cadre du CDSPI?
 Oui Non Le cas échéant, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Compagnie d'assurance ou régime	Prestation mensuelle (\$)	Type de couverture	Délai de carence	Période d'indemnisation (p. ex. 5 ans, jusqu'à 65 ans)	Prestations imposables?
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- B. L'établissement de cette couverture va-t-il entraîner la cessation d'une assurance invalidité?

Oui Non Le cas échéant, veuillez remplir les lignes ci-dessous.

Compagnie _____

Montant (\$) _____ Type de couverture _____

Note : Si vous prévoyez de remplacer la couverture en vigueur, ne la résiliez pas avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. Au Québec, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé, et nous pourrions ne pas être en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement. Si le changement de couverture décrit ci-dessus n'est pas apporté, les prestations pourraient ne pas être payables au titre de la couverture exercée dans la présente proposition.

- C. Montant de la couverture supplémentaire au titre de l'Option Garantie d'assurance exercée* dans le cadre de la présente proposition (ne comprend pas les couvertures en vigueur), par tranches de 100 \$:

Délai de carence de 30 jours** _____ \$ Primes à taux progressif
 Primes à taux uniforme

Délai de carence de 60 jours** _____ \$ Primes à taux progressif
 Primes à taux uniforme

Délai de carence de 90 jours** _____ \$ Primes à taux progressif
 Primes à taux uniforme

Délai de carence de 120 jours** _____ \$ Primes à taux progressif
 Primes à taux uniforme

* Vous pouvez demander jusqu'à 25 % du montant de votre couverture de l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} (arrondi à la tranche supérieure de 100 \$). La couverture d'assurance SolutionInvalidité^{MC} totale (couvertures en vigueur et demandées) ne doit pas excéder le maximum actuel. Vous devez être admissible à une augmentation de couverture selon le tableau « Palier de revenu » au moment où vous exercez l'option.

** À moins que vous ne choisissiez un délai de carence plus long, le ou les délais de carence qui s'appliquent actuellement à l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} s'appliqueront à votre nouvelle couverture dans les mêmes proportions.

L'option Indexation au coût de la vie sera incluse si vous avez cette option à l'heure actuelle.

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

Section 4 Renseignements financiers

1. Exercez-vous actuellement la dentisterie sur une base régulière? Oui Non

2. Revenu annuel gagné :

	Depuis le début de l'année en cours	Fin de l'exercice précédent	Fin de l'exercice – deux ans avant
A. Votre revenu gagné brut (toutes sources confondues) incluant le salaire, les honoraires, les commissions et les bonis :	\$	\$	\$
B. Moins le total annuel de tous vos frais professionnels :	\$	\$	\$
C. Revenu annuel gagné net, déduction faite des frais mais avant impôts :	\$	\$	\$

D. Date de fin de l'exercice financier du cabinet :

J	J	M	M	A	A	A	A

E. Votre revenu non gagné (placements, intérêts, rente, etc.) dépasse-t-il 15 % de votre revenu gagné total? Oui Non

Le cas échéant, veuillez indiquer le montant de votre revenu non gagné pour :

L'année courante _____ L'année précédente _____

Source(s) _____

PREUVE DU REVENU — applicable à l'assurance SolutionInvalidité^{MC}

Si le total* de votre couverture auprès de toutes les compagnies dépasse 4 000 \$ par mois, veuillez fournir une copie de votre dernière déclaration personnelle de revenus (un avis de cotisation n'est pas acceptable). Si votre cabinet est constitué en société, veuillez fournir une copie de toutes les pages de son dernier état financier. Si vous achetez un cabinet existant, veuillez fournir également une copie de toutes les pages du dernier état financier de ce cabinet.

Note :

- Si vous êtes un dentiste spécialiste et exercez depuis 2 ans ou moins après avoir obtenu votre diplôme d'un programme de spécialité dentaire, aucune preuve de revenu n'est exigée pour une assurance invalidité de 6 000 \$ par mois au total auprès de toutes les compagnies*.
- Si vous exercez une couverture supplémentaire de 500 \$ par mois (ou moins) au titre de l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité^{MC}, l'évaluation financière se basera sur le revenu annuel gagné déclaré dans la présente proposition. Toutefois, une preuve de revenu sera exigée toutes les trois augmentations au titre de l'option Garantie d'assurance.

* Total auprès de toutes les compagnies = Toutes les couvertures actuelles et demandées auprès de toutes les compagnies.

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ — À LIRE, DÉTACHER ET CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements :

Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C.P. 1602, Succursale postale 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels fournis dans la présente proposition aux fins suivantes : déterminer votre admissibilité à nos régimes d'assurance; administrer et vous fournir des services d'assurance et financiers; évaluer les risques; évaluer les demandes de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles; promouvoir et vous informer d'autres produits et services connexes. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de services et toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant au : CDSPI, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur notre page Web www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.

Assurance établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Section 5

**Cette section doit être lue, signée et datée par le proposant
(et la personne à assurer s'il ne s'agit pas du proposant)**

Je demande par la présente à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance indiquée ci-dessus en vertu des contrats collectifs établis dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada.

En tant que signataire(s), j'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans la présente proposition sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire ou document signé ou fourni par moi/nous relativement à la présente proposition, la base de tout contrat ou certificat d'assurance établis ou de toute couverture établie. Il est entendu que toute déclaration mensongère sur des faits importants rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Il est entendu que toute assurance établie prendra effet à la date à laquelle Manuvie approuvera la proposition dûment remplie, à condition que la personne à assurer soit effectivement au travail à cette date et que la première prime soit acquittée dans les 30 jours suivant l'établissement du relevé de primes.

Si je ne suis pas le proposant, je (la personne à assurer) consens à l'établissement de l'assurance aux fins de mon mieux-être.

J'accuse/Nous accusons réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en accepte/nous en acceptons les conditions. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Note : L'admissibilité à la couverture ou au supplément de couverture se limite aux citoyens canadiens et aux résidents permanents du Canada qui sont membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante (au Québec, seuls les membres de l'ADC sont admissibles).

Signature de la personne à assurer
(si différente du proposant)

Date :

J	J	M	M	A	A	A	A

Fait à : _____
Ville Province / Territoire

Signature du proposant

Date :

J	J	M	M	A	A	A	A

Fait à : _____
Ville Province / Territoire



SolutionInvalidité^{MC} est une marque de commerce de CDSPI.

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

^{MD} Marque de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.