

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente, appelez le : **CDSPI Services consultatifs Inc.** 1.800.561.9401, Courriel : conseils@cdspi.com

Veillez répondre à toutes les questions pertinentes pour éviter les retards et renvoyez au :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4 Téléc. : 1.866.337.3389

Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une case :

Particulier Société en nom collectif Société par actions

Nom de famille (ou nom de la société) Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Particuliers seulement : Homme Femme

3. Adresse postale :

Cocher une case : Au domicile Au travail

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal

4.

Téléphone (travail) Téléphone (domicile)

Téléphone (cellulaire) Télécopieur

5.

Adresse de courriel

6. A. Numéro de compte, s'il est connu : |_|_|_|_|_|_|_|_|

6. B. Fréquence des paiements (cocher une case) :

Actuelle

(S'applique seulement si vous êtes un client actuel qui paie des primes.)

Annuelle

Trimestrielle*

Mensuelle*

(Si vous faites des paiements mensuels, vous devez cocher « Paiements automatiques » à la rubrique Modalité de paiement ci-dessous.)

*Des frais de traitement de 2,23 % s'appliquent aux versements mensuels et trimestriels.

6. C. Modalité de paiement (cocher une case) :

Facture (Votre facture sera postée à l'adresse que vous nous avez fournie.)

Paiements automatiques

Régime de prélèvement automatique (RPA) -

Veillez remplir le formulaire Régime de prélèvement automatique

Par VISA ou MasterCard -

Le CDSPI vous contactera pour obtenir les données de votre carte de crédit dès réception de votre proposition.

7. Langue de correspondance désirée : Français Anglais

Section 2 Partie à assurer

N.B. : Veuillez remplir cette section même si le proposant est la partie à assurer.

1. Nom du dentiste :

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Homme Femme

3. Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Jour Mois Année

4. Vos sociétés dentaires professionnelles peuvent être assurées au titre de la police. Veuillez les énoncer ci-dessous :

5. Vous êtes admissible à l'assurance responsabilité civile professionnelle excédentaire, à condition d'être membre de votre association dentaire provinciale, d'être autorisé à exercer la dentisterie et d'avoir souscrit une assurance RC professionnelle en première ligne obligatoire par l'entremise de votre organisme de réglementation provincial.

Veillez indiquer quel organisme de réglementation provincial est le promoteur de votre assurance RC professionnelle en première ligne obligatoire (cocher toutes les réponses applicables) :

Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario

Association et collège dentaires de l'Alberta

Suite à la page suivante... ►

