

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

Veuillez 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

**Les dentistes de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec ne sont pas admissibles à cette couverture.**

## RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

### Section 1 Renseignements sur le proposant

**1.** Nom (*en caractères d'imprimerie*) :

Cocher une case :  Dr  M.  Mme  Mlle  
 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 (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)

**6.** Non dentistes seulement :

Adresse domiciliaire (si elle diffère de l'adresse indiquée à la question 3) :

\_\_\_\_\_  
Numéro et rue      Bureau n°

\_\_\_\_\_  
Ville      Province      Code postal

**7. A.** Numéro de compte, s'il est connu :

**7. 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.

**7. 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) -

Veuillez 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.

**8.** Préférence linguistique :  Français  Anglais

Suite à la page suivante... ►

## Section 2 Partie à assurer

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

1. Nom :

Cocher une case :  Dr  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. A. La personne à assurer est ou sera autorisée à exercer dans la ou les provinces suivantes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Date prévue de l'obtention d'un permis autorisant la personne à assurer à exercer, si elle n'en détient pas un :

Jour    Mois                      Année

6. STATUT D'ADMISSIBILITÉ (cocher une case) :

Dentiste

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale (à l'exception de l'ACDQ)

Membre de l'ADC

Non-membre\*

Numéro de permis provincial/de l'ADC :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Année d'obtention du diplôme :        
   Jour    Mois                      Année

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

\_\_\_\_\_

Spécialité dentaire : \_\_\_\_\_

\* Les non-membres ne sont pas admissibles aux taux pour membres. Pour en savoir plus, veuillez consulter le tableau des primes sur le site [cdspi.com](http://cdspi.com).

Hygiéniste†\*

Sous contrat pour/employé par (nom du dentiste autorisé à exercer) :

\_\_\_\_\_

Assistant dentaire accrédité†

Sous contrat pour/employé par (nom du dentiste autorisé à exercer) :

\_\_\_\_\_

Infirmière dentaire†

Sous contrat pour/employé par (nom du dentiste autorisé à exercer) :

\_\_\_\_\_

† La couverture des auxiliaires s'applique seulement aux services professionnels fournis lorsque l'assuré relève d'un dentiste autorisé à exercer ou est supervisé par ce dentiste. Cela exclut les auxiliaires au Québec.

\* Les auxiliaires doivent être employés par un dentiste autorisé à exercer pour présenter une demande.

## AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ – À lire, détacher et conserver par la personne à assurer

En soumettant des renseignements personnels qui comprennent, mais sans s'y limiter, le nom d'une personne, son adresse, sa date de naissance et ses renseignements médicaux à Zurich Compagnie d'assurances SA et ses sociétés affiliées (collectivement appelées « Zurich ») et ses représentants autorisés respectant les personnes assurées ou couvertes par cette police, vous reconnaissez et confirmez que vous consentez ou, le cas échéant, avez obtenu le consentement de ces personnes pour la collecte, le stockage, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels aux fins de l'obtention et de l'administration de ladite ou desdites couvertures d'assurance. Ces renseignements personnels sont traités et conservés par Zurich, ses sociétés affiliées et ses représentants autorisés, tant au pays qu'à l'étranger. Pour en savoir plus sur la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels, veuillez écrire à l'agent de la protection de la vie privée de Zurich à [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com) ou vous pouvez également consulter notre déclaration sur la protection des renseignements personnels au [www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement](http://www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement). En tant que titulaire de la police, vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Toutefois, si vous retirez votre consentement, Zurich pourrait ne pas pouvoir vous fournir de services et de couverture d'assurance ou ne pas pouvoir payer vos réclamations. Zurich s'est engagée à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements fournis. Vos renseignements personnels sont protégés dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou de notre agent. Vous pouvez demander de consulter vos renseignements personnels et d'y apporter des corrections en écrivant à : Agent de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d'assurances SA (direction canadienne), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9.

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, consultez notre page Web [www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels](http://www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).

# COUVERTURE DEMANDÉE

## Section 3 Renseignements afférents à la couverture

### 1. Dentistes seulement :

#### A. Montant de garantie demandé (cochez une case) :

- 3 000 000 \$    4 000 000 \$    5 000 000 \$  
 10 000 000 \$    25 000 000 \$

#### B. Franchise :

- 1 000 \$    2 500 \$    5 000 \$

(Si vous n'indiquez pas la franchise que vous désirez, elle sera automatiquement de 1 000 \$.)

Pour les dentistes, l'assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date du permis ou la date à laquelle le CDSPI reçoit une proposition valide. Pour obtenir de l'information, appelez le CDSPI Services consultatifs Inc.

### 2. Auxiliaires seulement :

Date d'entrée en vigueur de la garantie :

Jour			Mois			Année			

Les hygiénistes, assistants dentaires accrédités et infirmières dentaires ont droit à une couverture de 2 millions \$ avec 500 \$ de franchise.

## Section 4 Assurance temporaire\*

### 1. Si vous demandez une assurance de courte durée (p. ex. quelques jours ou quelques semaines), veuillez indiquer pendant combien de temps vous avez besoin de cette assurance.

Date de début : 

Jour			Mois			Année			

Date de fin : 

Jour			Mois			Année			

**N.B. :** Il y a une prime minimum de 250 \$, toute taxe applicable en sus. Un paiement est exigé lorsque la demande est approuvée. Veuillez contacter le CDSPI.

### 2. J'ai ou j'aurai l'autorisation temporaire pour exercer dans la ou les provinces suivantes :

\_\_\_\_\_

Nom de la ou des provinces

