

Offre d'assurance sans frais

Assurance facultative des diplômés
pour les étudiants en dentisterie
de moins de 40 ans

**Preuve
médicale
requis**

Pour demander l'assurance facultative des diplômés, vous devez souscrire l'assurance des étudiants de premier cycle au plus tard à la date d'obtention de votre diplôme et retourner le formulaire de demande et d'inscription pour l'assurance facultative des diplômés dûment rempli au CDSPI d'ici le 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme.

Pour de plus amples renseignements sur ces contrats, voir la page au verso **que vous pouvez détacher et conserver.**

Courrier : CDSPI, 155 Lesmill Road, Toronto (Ontario) M3B 2T8

Télé. : 1 866 337-3389 (sans frais) ou 416 296-8920

Si vous avez besoin d'aide, communiquez avec CDSPI Services consultatifs Inc. au **1 800 561-9401** (sans frais) ou au **416 296-9401**, ou envoyez un courriel à l'adresse insurance@cdspi.com.

 **Manuvie**


AVIVA

 **CDSPI** CONSEILS.
ASSURANCE.
PLACEMENTS.



Renseignements sur l'offre d'assurance sans frais*

	Assurance des étudiants de premier cycle	Assurance « double » des diplômés – fournie automatiquement** à l'obtention de votre diplôme	Assurance facultative des diplômés – tarification médicale requise
Assurance vie	<ul style="list-style-type: none"> • 100 000 \$ • Option d'exonération des primes¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 000 \$ • Option d'exonération des primes¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • 500 000 \$ • Option d'exonération des primes¹ • Garantie d'assurance²
Assurance DMA	100 000 \$	200 000 \$	500 000 \$
Assurance invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • 1 000 \$ par mois • Délai de carence de 90 jours³ • Indexation sur le coût de la vie⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 000 \$ par mois • Délai de carence de 90 jours³ • Indexation sur le coût de la vie⁴ • Couverture Profession habituelle comprise⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 500 \$ par mois • Délai de carence de 30 jours³ • Indexation sur le coût de la vie⁴ • Garantie d'assurance² • Couverture Profession habituelle comprise⁷
Assurance Trois-en-un^{MC}	15 000 \$ pour les instruments de travail dentaires des étudiants	Optez pour : <ul style="list-style-type: none"> • 15 000 \$ de couverture pour travail à pourcentage OU • 50 000 \$ de couverture ordinaire 	Optez pour : <ul style="list-style-type: none"> • 15 000 \$ de couverture pour travail à pourcentage OU • 50 000 \$ de couverture ordinaire
Tarification médicale requise pour les assurances vie et SolutionInvalidité^{MC}?	Non	Non	Oui – Preuve d'assurabilité requise
Exclusion pour état de santé préexistant^{††} pour les assurances vie et invalidité?	Oui	Oui	Non
Date limite pour présenter une proposition	Avant l'obtention du diplôme	Avant l'obtention du diplôme	Le 31 décembre de l'année d'obtention du diplôme [†]
Réduction de 50 % sur les primes ordinaires⁵ des assurances vie, DMA et Trois-en-un^{MC} pendant les 3 années civiles suivant l'obtention du diplôme?	Oui	Oui	Oui
Réduction viagère de 15 %⁶ sur les primes ordinaires de l'assurance SolutionInvalidité^{MC}?	Oui	Oui	Oui

* La période de couverture sans frais prend fin le 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. L'assurance est offerte uniquement aux étudiants en dentisterie à plein temps admissibles qui sont inscrits dans une université canadienne reconnue au moment où la proposition est remplie. La couverture d'assurance des étudiants de premier cycle commence à la date à laquelle le CDSPI reçoit votre proposition dûment remplie. La couverture d'assurance « double » des diplômés prend effet d'office à la date d'obtention de votre diplôme. La couverture d'assurance facultative des diplômés prend effet à la date d'obtention de votre diplôme ou à la date d'approbation de votre demande, si elle est postérieure. Après la remise de votre diplôme, vous recevrez un formulaire d'activation distinct pour l'assurance Trois-en-un^{MC}. Aucune preuve médicale n'est requise pour obtenir l'assurance Trois-en-un^{MC}. Les étudiants de 65 ans et plus ne sont pas admissibles aux assurances vie, Invalidité et DMA.

[†] Pour demander l'assurance facultative des diplômés, vous devez souscrire l'assurance des étudiants de premier cycle au plus tard à la date d'obtention de votre diplôme et retourner le formulaire de demande et d'inscription pour l'assurance facultative des diplômés dûment rempli au CDSPI d'ici le 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme.

La couverture est conditionnelle au fait que les contrats d'assurance soient toujours offerts dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada et de la présente offre. L'assurance Trois-en-un^{MC} est fournie par Aviva, Compagnie d'assurance du Canada. Les assurances vie, DMA et SolutionInvalidité^{MC} sont fournies par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie a le droit d'accorder ou de refuser la couverture d'assurance en fonction de l'état de santé des proposant. Les détails, modalités, conditions et exclusions figurent dans les contrats d'assurance afférents à ces régimes.

** À condition que vous ne receviez pas de prestations ou ne soyez pas en train d'accomplir un délai de carence.
^{††} Une exclusion pour état de santé préexistant s'applique à toute couverture d'assurance vie et invalidité pour laquelle une tarification des risques médicaux n'a pas été effectuée. Les demandes de règlement relatives à une maladie ou à un état de santé pour lequel un traitement ou une consultation a été demandé ou aurait dû être demandé durant la période de 12 mois précédant la date d'effet de la couverture sont exclues. Cette exclusion ne s'appliquera à aucune demande de règlement qui survient lorsque la couverture est en vigueur depuis 12 mois.
¹ Avec l'option d'exonération des primes, vous ne payez pas de primes s'il vous est impossible de travailler en raison d'une invalidité totale qui dure pendant le délai de carence pour l'assurance SolutionInvalidité ^{MC} et après six mois d'invalidité totale pour l'assurance vie, et les primes payées pendant le délai de carence pour l'assurance SolutionInvalidité ^{MC} et après six mois d'invalidité totale pour l'assurance vie vous sont remboursées, quand Manuvie approuve l'exonération des primes.
² L'option Garantie d'assurance vous permet de majorer votre couverture d'assurance vie ou d'assurance SolutionInvalidité ^{MC} de montants spécifiques à des dates futures sans avoir à fournir d'autres preuves de bonne santé. Pour exercer cette option, vous devez pratiquer activement la dentisterie et avoir 50 ans ou moins pour l'assurance vie, et 55 ans ou moins pour l'assurance SolutionInvalidité ^{MC} . Veuillez noter que l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité ^{MC} fait l'objet d'une tarification financière et que vous ne pouvez pas l'exercer tant que vous n'avez pas de revenu gagné.
³ Votre délai de carence représente la durée de temps qu'il vous faut attendre à compter du début de votre invalidité totale pour que commencent les versements de prestations d'invalidité.
⁴ L'option Indexation sur le coût de la vie (ICV) vous permet de protéger votre pouvoir d'achat pendant une invalidité étant donné que vos prestations seront augmentées chaque année (pendant la période d'invalidité) en fonction de l'indice des prix à la consommation (taux composé pouvant atteindre huit pour cent par année).
⁵ Les taux de primes ordinaires peuvent changer et ne sont pas garantis.
⁶ Dans le cas de l'assurance SolutionInvalidité ^{MC} , vous obtiendrez une réduction de 15 % sur les primes ordinaires pendant la durée du contrat. Les primes sont garanties jusqu'à 65 ans.
⁷ La couverture Profession habituelle protège votre capacité de gagner un revenu. Si une invalidité totale continue ou résiduelle vous empêche d'exercer votre profession habituelle (toute profession que vous exercez immédiatement avant de devenir invalide), la couverture Profession habituelle vous permet de continuer à recevoir des prestations d'invalidité même si vous gagnez un revenu tiré d'une nouvelle profession. La définition d'invalidité totale (incapacité à occuper tout emploi) à l'égard des étudiants s'applique jusqu'à ce que vous ne soyez plus un étudiant en dentisterie.

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 déposée de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2017. Tous droits réservés.

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

Régime établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Formulaire de demande pour l'assurance facultative des diplômés sans frais* pour les étudiants de moins de 40 ans

9609901

Vie, Décès et mutilation accidentels (DMA), Invalidité et assurance Trois-en-un^{MC}

17-

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

Remarques importantes :

- Vous devez avoir entre 18 et 39 ans à la date à laquelle le CDSPI reçoit le présent formulaire et satisfaire à d'autres critères d'admissibilité pour recevoir la couverture. Si vous avez entre 40 et 64 ans, vous devez remplir un formulaire différent. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec le CDSPI.
- Vous devez satisfaire aux exigences médicales pour obtenir une couverture auprès de Manuvie. Veuillez répondre à toutes les questions de la section 3, Déclaration d'assurabilité.
- Pour demander l'assurance facultative des diplômés, vous devez souscrire l'assurance des étudiants de premier cycle. Si vous ne détenez pas déjà l'assurance des étudiants de premier cycle, le CDSPI procédera d'office à votre adhésion, à condition que ce formulaire dûment rempli soit reçu avant la date d'obtention de votre diplôme.
- Si votre proposition est approuvée, la couverture prendra effet** à la date d'obtention de votre diplôme ou à la date d'approbation de la demande, si elle est postérieure, et vous n'aurez absolument aucune prime à payer pour cette couverture jusqu'au 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. À compter du 1^{er} janvier qui suit l'année d'obtention de votre diplôme, vous recevrez une réduction de 50 % sur les primes ordinaires⁶ des assurances vie, DMA et Trois-en-un^{MC} au titre de l'assurance facultative des diplômés pendant les trois années civiles qui suivent l'obtention de votre diplôme et une réduction viagère de 15 % sur les primes ordinaires de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} pendant la durée du contrat. Les taux de prime sont garantis jusqu'à 65 ans.

Section 1 Renseignements sur le proposant (À faire remplir par tous les proposants)

A. Êtes-vous un étudiant en dentisterie à plein temps?

Oui Non⁸

B. Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada? Oui Non⁸

⁸ REMARQUE : Si vous avez répondu « Non » à la question A ou B, vous n'êtes pas admissible à cette couverture.

Si vous êtes un étudiant en dentisterie (ou un dentiste qui était étudiant et qui a obtenu son diplôme pendant l'année civile en cours), vous êtes admissible à la présente couverture. Par « étudiant », on entend un étudiant en dentisterie ou en médecine dentaire inscrit à plein temps dans une école ou une faculté de médecine dentaire reconnue du Canada et qui est un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada.

C. Nom de la personne à assurer (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une seule case : M. M^{me} M^{lle}

Nom de famille

Prénom

D. Université :

E. Année d'obtention du diplôme :

Année

F. Êtes-vous inscrit au programme de qualification pour les dentistes diplômés à l'étranger? Oui Non

G. Date de naissance :

Jour Mois Année

H. Pays de naissance :

I. Homme Femme

J. Je suis un : Fumeur Non-fumeur⁹

⁹ Par « non-fumeur », on entend une personne qui n'a pas utilisé de produit de tabac (à savoir cigarettes, tabac à pipe, tabac à chiquer, produits de cessation d'usage de tabac, etc.) au cours des 12 mois précédant la signature de la présente demande.

K. Numéro de compte du CDSPI (s'il est connu) :

L. Adresse postale actuelle :

Numéro et rue

N° d'appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Téléphone mobile

Adresse électronique (veuillez la fournir pour accélérer le processus de traitement de la demande)

M. Autre adresse fixe : (par exemple, l'adresse d'un parent où il sera possible de vous contacter si vous changez d'adresse)

Numéro et rue

N° d'appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Section 1 Renseignements sur le proposant (suite)

N. Langue de correspondance désirée : Français Anglais

O. Je désigne la personne nommée ci-après comme mon bénéficiaire pour recevoir toute somme payable en vertu de la couverture d'assurance vie et d'assurance DMA à mon décès.

Nom du bénéficiaire (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Lien entre le bénéficiaire et la personne à assurer

Votre désignation de bénéficiaire est révocable* sauf indication contraire de votre part. Si vous désirez que votre bénéficiaire soit irrévocable, veuillez communiquer avec le CDSPI pour obtenir le formulaire à cet effet.

* Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. **Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable :**

Section 2 Déclaration d'assurabilité

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : Une fois votre formulaire de demande et d'inscription rempli et envoyé au CDSPI, la section 2 sera détachée et transmise à Manuvie, sans qu'une copie soit conservée dans les bureaux du CDSPI. Toutefois, vous avez également le choix de détacher et d'envoyer directement à Manuvie la section 2 du présent formulaire. Si vous le souhaitez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement la section 2 à l'adresse suivante : À l'attention du Régime d'assurance des dentistes du Canada (CDSPI), Tarification, Marchés des groupes à affinités, Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. Toutes les autres sections de la demande dûment remplies doivent être envoyées au : CDSPI, 155 Lesmill Road, Toronto (Ontario) M3B 2T8.

Inscrivez ci-dessous votre nom, votre date de naissance et votre numéro de compte si vous détachez la section 2 pour l'envoyer directement à Manuvie.

Nom : _____ Date de naissance : _____ Numéro de compte, s'il est connu : _____
Nom de famille Prénom Jour Mois Année

Université : _____ Année d'obtention du diplôme : _____
Année

ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques.*

***Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.**

I (Renseignements personnels)

Avez-vous :

1. Déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, ou encore acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris la date, le nom de la compagnie et la raison.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. a) Au cours des cinq dernières années, été accusé ou déclaré coupable de conduite imprudente ou dangereuse, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué? Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris le nombre d'accusations et de condamnations, ainsi que la date de la dernière condamnation. En cas de suspension ou de révocation du permis de conduire, veuillez préciser la date à laquelle il a été suspendu ou révoqué.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b) Au cours des deux dernières années, été accusé ou déclaré coupable d'au moins deux infractions au Code de la sécurité routière? (Par exemple, excès de vitesse, omission de s'arrêter, infraction relative au port de la ceinture de sécurité, distraction au volant ou défaut de se soumettre à l'alcootest.) Le cas échéant, veuillez préciser la nature de l'infraction ou des infractions, la (les) date(s), ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. L'intention de piloter un aéronef, de faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'escalade, ou de pratiquer toute autre activité dangereuse? Le cas échéant, veuillez préciser le type d'activité pratiquée et les dates.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Au cours des 12 prochains mois :		
4. a) L'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Le cas échéant, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b) L'intention de changer de pays de résidence? Le cas échéant, veuillez préciser le lieu, la date et la raison du déménagement, et indiquez si vous changerez de profession.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours des cinq dernières années :		
5. a) Pris des médicaments à des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, ou consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie? Le cas échéant, veuillez préciser le(s) type(s) de drogues ou d'alcool, ainsi que la (les) date(s) des dernières consommations.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b) Été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
c) Déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Déclaration relative aux renseignements personnels

Si vous avez répondu « oui » à l'une des parties des questions 1 à 5 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-après :

Numéro et partie de la question	Indiquez toutes les dates applicables (jj/mm/aaaa)	Inscrivez tous les renseignements pertinents

Section 2 Déclaration d'assurabilité (suite)

II (Vos antécédents médicaux familiaux)

Est-ce que votre mère, votre père ou un de vos frères ou sœurs :

a) A reçu un diagnostic de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer avant l'âge de 60 ans?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b) A reçu le diagnostic de l'une des affections suivantes : chorée de Huntington, polykystose rénale ou autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou autre maladie du motoneurone, diabète, hépatite, et rétinite pigmentaire?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisions sur les antécédents médicaux familiaux : Si vous avez répondu « oui » à l'une des parties des questions a ou b ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.

Membre de la famille	Affection (en cas de cancer, précisez le type)	Âge au début de l'affection	Âge au décès et cause, s'il y a lieu

III (Renseignements médicaux)

Nom du médecin :

Numéro de téléphone du médecin : _____

Adresse du médecin : _____

Date, raisons et résultats de la dernière consultation et, s'il y a lieu, traitement ou médicament prescrit : _____

Taille : _____ pi et po/cm Poids : _____ lb/kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Si vous avez répondu « oui », raison du changement : _____

Gain _____ lb/kg Perte _____ lb/kg

Section 2 Déclaration d'assurabilité (suite)

Remarque : Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, vous devez donner plus de renseignements dans le tableau intitulé Détails d'ordre médical.

1. Avez-vous déjà ressenti les symptômes de l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un de ces troubles :

a) Trouble touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins , notamment : angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques, essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, circulation déficiente, enflure des chevilles ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Trouble lié au nez, à la gorge ou aux poumons , notamment : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique ou récidivante, emphysème, sarcoïdose, apnée du sommeil, tuberculose ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Trouble abdominal , notamment : cirrhose, colite, maladie de Crohn, diverticulite, hémorragie gastro-intestinale, reflux gastro-intestinal, hépatite (active ou à l'état de porteur), syndrome du côlon irritable, maladie du foie, pancréatite, ulcère ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Affection rénale, trouble urinaire ou trouble de l'appareil reproducteur , notamment : résultat anormal du test Pap, infection urinaire, calcul rénal, néphrite, prostatite ou autre trouble de la prostate, protéines dans les urines, infection des voies urinaires, présence de sucre ou de sang dans les urines, fibromes utérins, polykystose rénale, autres troubles des reins ou de la vessie, autres troubles de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Trouble mammaire , notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Trouble touchant le système cérébral ou nerveux , notamment : étourdissements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, engourdissements ou fourmillements, évanouissements ou syncope, épilepsie, tremblements, vertiges, paralysie ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g) Trouble visuel ou auditif , notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ou�ie, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
h) Trouble de santé mentale , notamment : dépression, anxiété, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles �motifs ou alimentaires, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
i) Trouble sanguin ou glandulaire , notamment : diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose), glycémie anormale, anémie, prédisposition aux hémorragies, goutte, hémophilie, troubles des ganglions lymphatiques, troubles de la thyroïde, autres troubles endocriniens, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
j) Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

k) Trouble lié aux muscles, aux os et aux articulations , notamment : fatigue chronique, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, polyarthrite rhumatoïde ou arthrose, paralysie ou faiblesse, blessure ou trouble liés aux muscles, aux os, aux articulations ou à la colonne vertébrale causant des limitations ou des restrictions physiques, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
l) Affection cutanée , notamment : carcinome basocellulaire, nœvus dysplasique, syndrome du nœvus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nœvus ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
m) Anomalie du système immunitaire , notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au virus du sida, ou autres?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
n) Toute autre maladie ou affection non mentionnée ci-dessus, ou préoccupation ou symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
o) Avez-vous été vacciné avec succès, c'est-à-dire immunisé, contre l'hépatite B? Si la réponse est « non », veuillez fournir des précisions : _____ Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'année : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
p) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité hebdomadaire et le type de boisson. Biere _____bouteille(s) par semaine; vin _____verre(s) par semaine; spiritueux _____oz ou ml par semaine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2. Si vous êtes une femme,

a) �tes-vous enceinte? Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue : _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) quel était votre poids avant la grossesse? _____lb _____kg	
c) avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions : _____ _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Section 3 Déclaration et autorisation (À faire lire et signer par tous les proposant/personnes à assurer)

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

J'accuse réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de Manuvie, de l'Avis concernant l'échange de renseignements, de l'Avis sur la vie privée d'Aviva et de l'Avis sur la vie privée du CDSPI et je confirme que j'en accepte les conditions.

Je soussigné atteste que les déclarations qui figurent dans le présent formulaire, notamment les déclarations à la section 2, Déclaration d'assurabilité, sont véridiques et complètes et qu'elles constituent avec les autres formulaires signés par moi au sujet de la présente proposition la base de tout contrat ou certificat établi en vertu des contrats collectifs.

Je conviens que toute fausse déclaration portant sur des faits importants, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Je reconnais que, si je dois fournir des renseignements sur mon état de santé, les renseignements en question doivent être exacts à la date de signature de la Déclaration d'assurabilité.

Je soussigné, la personne à assurer, autorise par la présente les médecins, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux autorisés, les compagnies d'assurance, MIB Group, Inc., les administrateurs de contrat d'assurance collective, les promoteurs de régime, les organismes d'enquête et de sécurité, les agents, courtiers ou intermédiaires de marché, les organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux seules fins de la présente demande, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à ces fins. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages de mon consentement ou refus. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.

Je comprends que des restrictions et exclusions s'appliquent aux prestations d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance invalidité de longue durée. En ce qui concerne l'assurance vie, un décès résultant d'un suicide pendant les deux années qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou de toute date de remise en vigueur n'est pas couvert.

Le CDSPI doit recevoir la présente demande d'ici le 31 décembre de l'année d'obtention de mon diplôme et dans les 30 jours qui suivent la date de signature indiquée ci-dessous. Pour demander l'assurance facultative des diplômés, je dois souscrire l'assurance des étudiants de premier cycle au plus tard à la date d'obtention de mon diplôme. Je comprends que ma couverture en vertu de l'assurance facultative des diplômés ne prendra pas effet à moins que Manuvie n'approuve ma proposition, et que la couverture en question ne prendra effet qu'à la date d'obtention de mon diplôme ou à la date d'approbation de ma demande par Manuvie, selon la dernière éventualité.

Fait à _____
Ville Province/Territoire

Signature du proposant _____ Date _____
Jour Mois Année

PARTICIPANTS DU QUÉBEC SEULEMENT

Si vous avez choisi d'envoyer la section 2 directement à Manuvie, veuillez indiquer la date d'envoi :

Date : _____
Jour Mois Année

À lire, à détacher et à conserver par la personne à assurer.

- Avis sur la vie privée et la confidentialité de Manuvie :** Les renseignements demandés dans la proposition sont nécessaires au traitement de votre demande d'assurance. 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, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.
- Avis sur la vie privée d'Aviva :** Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada s'engage à protéger vos renseignements personnels et à les utiliser et à les communiquer uniquement à des fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Pour obtenir plus d'information sur la façon dont Aviva utilise et protège vos renseignements personnels, veuillez lire l'engagement d'Aviva à l'égard de la protection des renseignements personnels au www.avivacanada.com. Vous pouvez consulter les renseignements personnels qui se trouvent dans le dossier de l'assureur et y apporter des corrections en écrivant à Aviva Canada Inc., à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2206, Eglinton Avenue East, Scarborough (Ontario) M1L 4S8 ou par courriel : CAPrivacyOfficer@avivacanada.com.
- Avis sur la vie privée du CDSPI :** L'accès aux renseignements que vous fournissez au CDSPI ou à CDSPI Services consultatifs Inc. ou que le CDSPI obtient en sa qualité d'administrateur du contrat-cadre ou du contrat collectif sera limité aux employés, mandataires, administrateurs ou agents du CDSPI ou de CDSPI Services consultatifs Inc. chargés du marketing et de l'administration des services et de la facilitation des demandes de règlement en vertu du contrat-cadre ou du contrat collectif et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier au CDSPI ou à CDSPI Services consultatifs Inc. et à y apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, 155 Lesmill Road, Toronto (Ontario) M3B 2T8. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, visitez le www.cdspi.com.