

## PROPOSITION D'ASSURANCE

### Assurance vie familiale

**Conditions d'adhésion pour une nouvelle couverture :** Les dentistes autorisés à exercer doivent être membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante pour présenter une demande pour un membre de leur famille ou pour eux-mêmes.

**Conditions d'adhésion pour une couverture existante :** Si vous voulez modifier une police d'assurance existante, il n'y a aucune condition d'adhésion.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, appelez le : **CDSPI Services consultatifs Inc.**  
Téléphone : 1.800.561.9401 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 au : **CDSPI**, 205 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Télécopieur : 1.866.337.3389 ou 416.296.8920

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Pour de plus amples renseignements, consultez [cdspi.com/fr/accessibilite](http://cdspi.com/fr/accessibilite).

#### SECTION 1 Renseignements sur le proposant

##### A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Cocher une case  Dr/Dre  M.  Mme  Mlle  Société

Nom de famille (ou nom du partenariat ou de la société)

Prénom Initiale

**B. Particuliers seulement :**  Homme  Femme

**C. Adresse postale** Cocher une case  Au domicile  Au travail

Numéro et rue App. ou bureau

Ville Province Code postal

Téléphone (domicile) Téléphone (travail)

Téléphone (cellulaire) Télécopieur

Adresse de courriel (non obligatoire, mais peut accélérer le processus de proposition)

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

**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.

**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

**E. Préférence linguistique**  Français  Anglais

## SECTION 2 Situation du proposant

### A. Situation (cocher une case)

1.  Dentiste autorisé à exercer qui est :
- membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante
  - Membre de l'ADC

Numéro de permis provincial/de l'ADC (**obligatoire**)

Date d'obtention du diplôme 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
(JJ/MM/AAAA)

Nom de l'université ou de la faculté dentaire

Spécialité dentaire

2.  Enfant adulte non à charge d'un dentiste admissible

Nom du dentiste autorisé à exercer qui est membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante ou de l'ADC

Numéro de permis provincial/de l'ADC (**obligatoire**)

3.  Conjoint d'un enfant adulte non à charge d'un dentiste admissible

Nom du dentiste autorisé à exercer qui est membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante ou de l'ADC

Numéro de permis provincial/de l'ADC (**obligatoire**)

4.  Employé d'une association dentaire

Nom de l'association

5.  Autre (préciser)

### B. Profession

(si autre que dentiste)

† Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez utilisé aucune forme de produits du tabac ou de produits antitabagiques au cours des 12 mois précédant la signature de la présente proposition. Veuillez noter que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que l'approbation dépend de votre situation relative à l'usage du tabac et de vos antécédents médicaux.

## SECTION 3 Assurance vie familiale

### A. Type de couverture demandée

- Couverture du conjoint (remplissez les sections 4, 7, 8, 9 et 10)
- Couverture du conjoint et des enfants à charge (remplissez les sections 4, 6, 7, 8, 9 et 10)
- Couverture des enfants à charge seulement (remplissez les sections 6, 8 et 10)  
**NOTA :** Vous (le proposant) devez détenir une assurance vie de base pour demander cette couverture. La couverture pour enfants à charge seulement n'est offerte que si vous (le proposant) n'avez pas de conjoint ou si votre conjoint n'est pas admissible à l'assurance vie pour des raisons médicales.
- Couverture des enfants adultes non à charge (remplissez les sections 5, 7, 8, 9 et 10)
- Couverture des enfants adultes non à charge – couverture du conjoint (remplissez les sections 5, 7, 8, 9 et 10)

### B. 1. Montant d'assurance demandé ici

\_\_\_\_\_ \$  
(ne pas inclure la couverture en vigueur)

2. S'il y a lieu, voulez-vous l'option Exonération des primes?  
(Si « oui », cocher cette case)

### C. 1. Avez-vous actuellement une couverture d'assurance vie familiale du CDSPI?

Oui  Non

2. Si « oui », voulez-vous que nous examinons votre admissibilité aux taux Avantage Atout\* au titre de votre assurance vie familiale actuelle?

Oui  Non

\* Pour être admissible aux taux Avantage Atout, vous devez répondre aux critères suivants : • Avoir moins de 70 ans, • Ne pas prévoir et avoir été conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste, ou de subir un test diagnostique ou une chirurgie (excluant les examens médicaux routiniers), • N'avoir fait usage d'aucun produit du tabac ni de produit de désaccoutumance au tabac au cours des 12 derniers mois, • Ne pas s'être fait refuser une assurance vie ou offrir une couverture qui a été modifiée au cours des cinq dernières années, • Ne pas avoir reçu de traitement pour cancer, coronaropathie, accident cérébrovasculaire, diabète, trouble des poumons, du foie ou des reins, infection VIH, SIDA ou tout autre trouble médical grave au cours des cinq dernières années, • Ne pas avoir fait usage de toute forme de drogues illicites ou ne pas avoir reçu de traitement ou été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou votre usage de drogues au cours des cinq dernières années.

Rappelons toutefois que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que cette approbation dépend de votre statut de fumeur et de votre état de santé général.

## SECTION 4 Conjoint à assurer au titre de la couverture familiale

### A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Cocher une case  Dr/Dre  M.  Mme  Mlle

Nom de famille

Prénom

Initiale

B.  Homme  Femme

C.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

D. Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

(JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance

Pays

Province

E. Profession

F. Revenu gagné annuel net du conjoint

\_\_\_\_\_ \$

(déduction faite des frais, mais avant impôt)

Avoir net personnel du conjoint

\_\_\_\_\_ \$

(actif moins passif)

† Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez utilisé aucun produit du tabac ou de produit de désaccoutumance au tabac au cours des 12 mois avant de signer la présente proposition. Rappelons toutefois que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que cette approbation dépend de votre statut de fumeur et de votre état de santé général.

## SECTION 5 Enfant adulte non à charge et son conjoint à assurer au titre de la couverture familiale

### Enfant adulte non à charge

#### A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B.  Homme  Femme

C.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

D. Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

(JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance

Pays

Province

E. Profession

F. Revenu gagné annuel net de l'enfant adulte non à charge

\_\_\_\_\_ \$

(déduction faite des frais, mais avant impôt)

Avoir net personnel de l'enfant adulte non à charge

\_\_\_\_\_ \$

(actif moins passif)

### Conjoint de l'enfant adulte non à charge

#### A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B.  Homme  Femme

C.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

D. Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

(JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance

Pays

Province

E. Profession

F. Revenu gagné annuel net du conjoint de l'enfant adulte non à charge

\_\_\_\_\_ \$

(déduction faite des frais, mais avant impôt)

Avoir net personnel du conjoint de l'enfant adulte non à charge

\_\_\_\_\_ \$

(actif moins passif)

**NOTA :** Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte, signée et datée, et l'annexer à la présente proposition.

† Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez utilisé aucun produit du tabac ou de produit de désaccoutumance au tabac au cours des 12 mois avant de signer la présente proposition. Rappelons toutefois que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que cette approbation dépend de votre statut de fumeur et de votre état de santé général.

## SECTION 6 Enfants à charge à assurer au titre de la couverture familiale

Enfants à charge non mariés de moins de 21 ans (ou enfants non mariés de moins de 25 ans, étudiants à temps plein)

### Premier enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B.  Homme  Femme

C.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

D.          
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

E. S'il est âgé de plus de 21 ans, est-il étudiant à temps plein?  
 Oui  Non

Le cas échéant,  
date de fin du programme

(JJ/MM/AAAA)

### Deuxième enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B.  Homme  Femme

C.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

D.          
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

E. S'il est âgé de plus de 21 ans, est-il étudiant à temps plein?  
 Oui  Non

Le cas échéant,  
date de fin du programme

(JJ/MM/AAAA)

**NOTA :** Si vous manquez d'espace pour ajouter des enfants, veuillez utiliser une feuille distincte, signez et datez-la, et l'annexer à la présente proposition.

<sup>†</sup> Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez utilisé aucun produit du tabac ou de produit de désaccoutumance au tabac au cours des 12 mois avant de signer la présente proposition. Rappelons toutefois que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que cette approbation dépend de votre statut de fumeur et de votre état de santé général.

## SECTION 7 Remplacement d'une autre assurance vie

À remplir par la personne à assurer, son conjoint et les enfants adultes non à charge et leur conjoint, le cas échéant

A. 1. L'un des proposants (autre que les enfants adultes à charge) a-t-il une assurance vie en vigueur ou en suspens auprès du CDSPI ou de toute autre compagnie d'assurance (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être par l'entremise de votre employeur)?  Oui  Non

2. Si « oui », veuillez fournir des détails.

NOM DU PROPOSANT (PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE)	NOM DE LA COMPAGNIE	MONTANT DE COUVERTURE (\$)	ASSURANCE INDIVIDUELLE OU DE SOCIÉTÉ	PRÉVOYEZ-VOUS REPLACER CETTE COUVERTURE?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**NOTA :** S'il s'agit d'un remplacement de couverture, ne résiliez pas votre couverture existante avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. 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.

A. Énoncez ci-dessous les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires.

**NOTA :** Si vous souscrivez un supplément de couverture, cette désignation de bénéficiaire ne s'applique qu'au supplément de couverture. Les désignations de bénéficiaire afférentes à l'assurance déjà établie demeureront en vigueur telles quelles.

Si le bénéficiaire est révocable, vous (le propriétaire du contrat) pourrez changer le bénéficiaire et la couverture n'importe quand sans le consentement du bénéficiaire. Dans le cadre d'une désignation de bénéficiaire irrévocable, le **consentement écrit du bénéficiaire sera exigé** pour changer le bénéficiaire, réduire la couverture, résilier la police ou y apporter tout changement qui pourrait affecter la valeur ou les droits de propriété de la police.

Sauf dans le cas d'un conjoint désigné comme bénéficiaire, au Québec, une désignation de bénéficiaire sera révocable, **à moins que vous (le propriétaire du contrat) n'effectuiez une désignation irrévocable** (pour des raisons visant à satisfaire aux exigences d'un jugement de divorce, d'un accord de séparation, d'une ordonnance

d'un tribunal ou d'une entente d'assurance d'associés) en cochant la case appropriée dans la colonne « irrévocable » ci-dessous. Au Québec, un conjoint nommé comme bénéficiaire est réputé être irrévocable, **à moins que vous (le propriétaire du contrat) ne spécifiez** que la désignation est révocable en cochant la case appropriée dans la colonne afférente au Québec ci-dessous.

Si vous (le propriétaire du contrat) nommez plus d'un premier bénéficiaire, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès que chaque bénéficiaire doit recevoir. Si aucun pourcentage n'est indiqué, le capital-décès sera divisé de façon égale entre chacun des premiers bénéficiaires admissibles survivants. Vous (le propriétaire du contrat) pouvez également désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui recevront le capital-décès si : a) aucun des premiers bénéficiaires n'est vivant au moment où le capital-décès est payable ; ou b) un tribunal décide que les premiers bénéficiaires ne sont pas admissibles.

**NOTA :** Si vous manquez d'espace, cochez cette case  et joignez une feuille distincte, signée et datée. Veuillez reprendre le même format utilisé ci-dessous, y compris la répartition en pourcentage si vous nommez des bénéficiaires multiples.

ASSURANCE VIE FAMILIALE		NOM AU COMPLET (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM ET INITIALE)	LIEN AVEC LA PERSONNE À ASSURER	PROPORTION (EN %)	COCHER UNIQUEMENT POUR UNE DÉSIGNATION IRRÉVOCABLE (VOIR CI-DESSUS)	AU QUÉBEC, COCHER POUR UNE DÉSIGNATION RÉVOCABLE DU CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE
ASSURANCE VIE FAMILIALE (CONJOINT)	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL 100 %					
	BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE				S.O.	<input type="checkbox"/>
ASSURANCE VIE FAMILIALE (ENFANT À CHARGE)	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL 100 %					
	BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE				S.O.	<input type="checkbox"/>
ASSURANCE VIE FAMILIALE (ENFANT ADULTE NON À CHARGE)	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL 100 %					
	BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE				S.O.	<input type="checkbox"/>
ASSURANCE VIE FAMILIALE (CONJOINT D'UN ENFANT ADULTE NON À CHARGE)	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREMIER BÉNÉFICIAIRE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL 100 %					
	BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE				S.O.	<input type="checkbox"/>

B. Si le bénéficiaire que vous désignez est mineur lorsque les prestations sont payables, lesdites prestations seront versées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire ne soit nommé. En nommant un fiduciaire, il est entendu que, si le bénéficiaire est mineur lorsque les prestations sont payables, lesdites prestations seront versées au fiduciaire qui les détiendra en fiducie au nom de l'enfant jusqu'à la majorité de l'enfant.

Nom du bénéficiaire

Nom du fiduciaire

Lien de parenté entre le fiduciaire et la personne à assurer

**NOTA :** Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte, signée et datée, et l'annexer à la présente proposition.

C. **RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :** Dans la province de Québec, si le bénéficiaire que vous désignez a moins de 18 ans lorsque les prestations sont payables, lesdites prestations seront versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire. Aucun fiduciaire ne peut être nommé.

## SECTION 9 Déclaration d'assurabilité

**IMPORTANT:** Si l'enfant adulte non à charge et son conjoint sont proposants, ils doivent tous deux remplir la section 9. Faites une photocopie de la section 9 et répondez à toutes les questions. Signez et datez-la, puis joignez-la au présent formulaire. (Vous pouvez aussi obtenir une copie de la section 9 auprès du CDSPI.)

### RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :

Ne remplissez la case ci-dessous que si vous détachez la section 9 (voir la note à l'intention des résidents du Québec à la fin de la section 9) :

<p>_____</p> <p>Nom de famille (personne à assurer)</p> <p>_____</p> <p>Prénom</p> <p>_____</p> <p>Initiale</p>	<p>Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> (JJ/MM/AAAA)</p> <p>Date de signature du proposant <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> (JJ/MM/AAAA)</p>												

### À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER

#### A. Renseignements personnels

► Avez-vous :

<p>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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p>2. a) au cours des 5 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) au cours des 3 dernières années, été accusé ou condamné pour avoir commis au moins deux infractions au Code de la route (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 ou les dates, ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p>3. l'intention de piloter un aéronef, de faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'alpinisme, ou de pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, veuillez préciser le type d'activité pratiquée et la ou les dates : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Au cours des 12 prochains mois :</p> <p>4. a) l'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) l'intention de changer de pays de résidence? Dans l'affirmative, veuillez préciser le lieu, la date et la raison du déménagement, et indiquez si vous changerez de profession : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p>Au cours des 5 dernières années :</p> <p>5. a) pris des médicaments à des fins autres que médicales ou fait usage de marijuana, ou avez-vous consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie? Dans l'affirmative, veuillez préciser tout type de drogue(s) ou d'alcool, la consommation quotidienne, ainsi que la ou les dates des dernières consommations : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	--

► Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 1 à 5, veuillez fournir des précisions ci-dessous.

NUMÉRO ET PARTIE DE LA QUESTION	DATE APPLICABLE (JJ/MM/AAAA)	TOUS LES DÉTAILS APPLICABLES						
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							

**IMPORTANT :** Dans la présente section, toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

#### B. Renseignements médicaux

<p>_____</p> <p>Nom du médecin</p> <p>_____</p> <p>Téléphone</p> <p>_____</p> <p>Numéro et rue</p> <p style="text-align: right;">App. ou bureau</p> <p>_____</p> <p>Ville</p> <p style="text-align: center;">Province</p> <p style="text-align: right;">Code postal</p>	<p>Taille _____ <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm Poids _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg</p> <p>Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si « oui », fournir la raison du changement ci-dessous :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gain de _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg Perte de _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg</p>
--	---

► Date, raison et résultats de la dernière consultation et, s'il y a lieu, traitement ou médicament prescrit.

**C. État de santé, troubles médicaux et traitements**

► Avez-vous :

6. 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) ou accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques ou essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, mauvaise circulation, enflure des chevilles, ou autres?  Oui  Non
  - 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  Non
  - 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  Non
  - 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, autre trouble des reins ou de la vessie, autre trouble de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement, ou autres?  Oui  Non
  - 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  Non
  - 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  Non

- g) **Trouble visuel ou auditif**, notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène, ou autres?  Oui  Non
- h) **Trouble de santé mentale**, notamment : dépression, anxiété, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles  motifs ou alimentaires, ou autres?  Oui  Non
- 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 ou autres troubles endocriniens, ou autres?  Oui  Non
- j) **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  Non
- k) **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  Non
- l) **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  Non
- m) **Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?**  Oui  Non
- n) **Toute autre maladie ou affection non mentionnée ci-dessus**, ou symptômes ou préoccupations pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?  Oui  Non

► Si vous êtes une femme,

7. a)  tes-vous enceinte?  Oui  Non

Date prévue de l'accouchement          
(JJ/MM/AAAA)

- b) Quel était votre poids avant la grossesse? \_\_\_\_\_  lb  kg
- c) Avez-vous eu des complications durant votre grossesse?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

Nom de votre obstétricien ou gynécologue \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Numéro et rue \_\_\_\_\_ App. ou bureau \_\_\_\_\_

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

► Au cours des 2 dernières années :

- 8. a) avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou de toute autre investigation?  Oui  Non
- b) avez-vous consulté un spécialiste, vous êtes-vous fait prescrire des médicaments, avez-vous subi un autre traitement ou avez-vous été suivi (counseling) pour un autre trouble qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)?  Oui  Non

- c) vous a-t-on recommandé de vous soumettre à d'autres investigations, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale?  Oui  Non
- d) ou êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre profession habituelle en raison d'une blessure ou d'une maladie?  Oui  Non

**PRÉCISIONS SUR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

► Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions de la section État de santé, troubles médicaux et traitements, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous. Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte, signée et datée, et l'annexer à la présente proposition.

NUMÉRO ET PARTIE DE LA QUESTION	DATE APPLICABLE (JJ/MM/AAAA)	TOUS LES DÉTAILS APPLICABLES (Inclure le nom et l'adresse de votre médecin ou de l'hôpital, s'il y a lieu, ainsi que tous les renseignements concernant la nature de la maladie ou la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats)				
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					

**D. Antécédents médicaux familiaux**

9. A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos soeurs l'une des affections suivantes :

a) une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un cancer avant l'âge de 60 ans?

Oui  Non

b) 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 ou rétinite pigmentaire?

Oui  Non

► Si vous avez répondu « oui » à la question 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)



**RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT** : Une fois votre proposition remplie et envoyée au CDSPI, la section 9 sera détachée et transmise à Manuvie, sans qu'une copie soit conservée dans les bureaux du CDSPI. Toutefois, vous avez le choix de détacher et d'envoyer la section 9 du présent formulaire directement à l'assureur, Manuvie. Si vous le souhaitez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement la section 9 à l'adresse suivante : **À l'attention des Marchés des groupes à affinités, Service de la tarification, Manuvie, C.P. 670, Succursale postale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8**. Toutes les autres sections de la proposition dûment remplies doivent être envoyées au : **CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4**.

Si vous détachez la section 9 pour l'envoyer directement à Manuvie, inscrivez ci-dessous le nom de la personne à assurer, sa date de naissance et le numéro de membre de l'ADC du proposant énoncé à la section 1.

Cette proposition ne sera pas considérée comme complète si la Déclaration d'assurabilité n'est pas dûment remplie, datée et signée

quand elle est reçue par Manuvie.

Nom de famille (personne à assurer)

Prénom

Initiale

N° de membre de l'ADC (proposant)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(personne à assurer)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de signature du proposant (JJ/MM/AAAA)

#### 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. 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.

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](http://www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).

Si la présente proposition est approuvée, le proposant recevra une notice explicative décrivant en détail la couverture ainsi que les modalités, limites et exclusions.

Je demande/Nous demandons par la présente à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance indiquée ci-dessus en vertu du contrat collectif ou du contrat-cadre établi dans le cadre du CDSPI.

En tant que signataire(s), j'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans la présente proposition, notamment la Déclaration d'assurabilité, 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 certificat d'assurance établi. Il est entendu que toute déclaration mensongère sur des faits importants faite au moment de la proposition, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra nulle toute assurance établie relativement à la présente proposition à la demande de l'assureur. Le contrat ne couvre pas le suicide au cours des deux (2) années qui suivent la date d'effet ou de remise en vigueur. Il est entendu que l'assurance 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. Il est entendu que tout renseignement relatif à l'état de santé doit être exact à la date de signature de la proposition. Il est entendu que Manuvie peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin général (y compris un test de dépistage du VIH), qui seront alors effectués sans frais pour le proposant. Si la loi l'exige, les résultats de tout test positif révélant une maladie infectieuse seront communiqués aux autorités provinciales ou territoriales compétentes. Je déclare/Nous déclarons avoir reçu l'Avis sur la vie privée et la protection des renseignements personnels et l'Avis sur la communication des renseignements personnels, et j'en accepte/nous en acceptons les conditions. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné, la personne à assurer, autorise par la présente les médecins, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux autorisés, MIB Group, Inc., les compagnies d'assurance, les administrateurs de contrat, les promoteurs de régime, les agences d'enquête et de sécurité, tout bureau ou toute agence d'évaluation du crédit, les agents, courtiers ou intermédiaires de marché, les organismes d'État ou autres organismes ou personnes (y compris mon comptable) possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ou mes finances à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise/Nous autorisons Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise/Nous autorisons Manuvie à obtenir un rapport de solvabilité et/ou un rapport sur le consommateur. Je déclare/Nous déclarons avoir été informé(s) des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages que présente un consentement ou un refus.

Il est entendu que le consentement peut être révoqué en tout temps et que si, en raison d'une telle révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

**NOTA :** L'admissibilité à la couverture se limite aux citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada qui sont des dentistes autorisés à exercer au Canada, le conjoint ou les enfants de dentistes autorisés à exercer au Canada étant membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante (au Québec, seuls les membres de l'ADC sont admissibles), ou aux employés à temps plein d'une association dentaire participante ou d'un organisme dentaire canadien.

_____ Signature de la personne à assurer (si autre que le proposant)	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature du proposant	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature du conjoint	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature de l'enfant (s'il est âgé d'au moins 18 ans)	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature de l'enfant adulte non à charge	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature du conjoint de l'enfant adulte non à charge	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province



Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © 2023 La Compagnie d'Assurance-vie Manufacturers. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo, ON N2J 4B8.

Family-Life-Ins 22-35 10/22

---

#### **AVIS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS – À LIRE, À DÉTACHER ET À CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER**

Les renseignements se rapportant à votre assurabilité sont confidentiels. Manuvie ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport à MIB, Inc. (anciennement connu sous le nom de Bureau de renseignements médicaux), un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou soins médicaux ou une demande de règlement à une société membre du MIB, MIB lui fournira, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. Manuvie ou ses réassureurs peuvent communiquer les renseignements figurant dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous présentez une demande d'assurance vie ou d'assurance soins médicaux ou une demande de règlement. Si vous lui en faites la demande, MIB vous communiquera l'information qui figure dans votre dossier. Pour joindre MIB, composez le 416 597-0590. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements qui figurent dans votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander qu'ils soient corrigés. Voici ses coordonnées : 330 University Avenue, suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Les personnes souhaitant obtenir des renseignements sur MIB peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).