

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

96099001

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

Vous devez être un employé de moins de 65 ans, travaillant à temps plein pour au moins un dentiste membre de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante, pour présenter une demande. Pour être admissible à l'assurance invalidité, vous devez également travailler en moyenne au moins 18 heures par semaine. Au Québec, seuls les employés relevant de membres de l'ADC sont admissibles. Si vous voulez modifier une police d'assurance existante, il n'y a aucune condition d'adhésion.

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Section 1 Renseignements sur le proposant

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

Cocher une case : M. Mme Mlle

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Adresse postale :

Cocher une case : Au domicile Au travail

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal

3.

Téléphone (travail) Téléphone (domicile)

Téléphone (cellulaire) Télécopieur

4.

Adresse de courriel (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)

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

5. 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.

5. 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.

6. Préférence linguistique : Français Anglais

Section 2 Personne à assurer

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

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

Cocher une case : M. Mme Mlle

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale
----------------	--------	-----------------------------

2. Homme Femme

3. Fumeur Non-fumeur[†]

4. Date de naissance :

Jour Mois Année

5. Pays de naissance : _____

6. A. PROFESSION (*cocher une case*) :

Hygiéniste

Assistant(e) dentaire accrédité(e)

Autre employé (indiquer ci-dessous) :

B. Heures travaillées par semaine : Minimum _____ Moyenne _____

7. Nom de tous les dentistes employeurs actuels :

A. _____

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*

Membre de l'ADC

B. _____

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*

Membre de l'ADC

C. _____

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*

Membre de l'ADC

[†] N.B. : Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez fait usage d'aucun produit du tabac ni 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.

* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 3 Couverture de base (nouveaux employés)

1. A. Je demande la garantie de base* qui prévoit 25 000 \$ d'assurance vie de base, 200 \$/mois d'assurance invalidité et 50 000 \$ d'assurance décès et mutilations accidentels (DMA).
(cocher au besoin)

* Les employés doivent présenter leur demande dans les trois mois qui suivent la date à laquelle ils sont devenus de nouveaux employés.

B. Date à laquelle la personne à assurer est entrée au service du dentiste :

Jour			Mois			Année											

Si vous demandez la garantie de base, sautez les sections 4, 5 et 6 et remplissez seulement les sections 9 et 10. Il n'est pas nécessaire de remplir les sections 11, 12 ou 13.

Section 4 Couverture complète – assurance vie de base

1. Montant d'assurance vie de base demandé ici (minimum de 50 000 \$)
_____ \$

2. Exonération des primes
(pour l'assurance vie de base – cocher au besoin)

3. Montant d'assurance vie familiale (conjoint) demandé ici (minimum de 50 000 \$, le maximum ne peut pas dépasser le montant total de couverture applicable au membre du personnel)
_____ \$

N.B. : Veuillez vous assurer d'avoir répondu aux Sections 7 et 12 si vous faites une demande d'assurance vie familiale (conjoint).

4. Exonération des primes
(pour l'assurance vie de conjoint – cocher au besoin)

5. Assurance vie familiale (enfant à charge)
(pour l'assurance vie des enfants à charge – cocher au besoin)
Nom au complet de l'aîné des enfants à charge

Date de naissance :

Jour			Mois			Année											

N.B. : Veuillez vous assurer d'avoir répondu à la Section 13 si vous faites une demande d'assurance vie familiale (enfant à charge).

6. Remplacement d'une autre assurance vie
La couverture demandée remplacera-t-elle une autre assurance vie que vous détenez en ce moment? Oui Non
Si « Oui », donnez ci-dessous des détails sur la couverture en vigueur.

Compagnie _____

Contrat _____

Montant _____

Veillez remplir les Sections 8, 9, 10 et 11. Si vous faites une demande d'assurance vie familiale (conjoint), vous devez aussi remplir les Sections 7 et 12. Si vous faites une demande d'assurance vie familiale (enfant à charge), vous devez aussi remplir la Section 13.

Section 5 Couverture complète – assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

1. Montant d'assurance DMA demandé ici (minimum de 50 000 \$)
_____ \$

2. Assurance DMA familiale –
Je demande que mon assurance DMA couvre aussi ma famille
(cocher au besoin)

N.B. : Veuillez vous assurer d'avoir répondu à la Section 7, relative aux renseignements sur le conjoint (s'il y a lieu) si vous faites une demande d'assurance DMA familiale et à la question 1 de la Section 13 si les enfants doivent être assurés.

Section 6 Couverture complète – assurance invalidité de longue durée (ILD)

1. Montant d'assurance ILD demandé ici (minimum de 500 \$/mois)
_____ \$

2. Salaire annuel _____ \$

N.B. : Inclure les pages 1, 2 et 3 de votre dernière déclaration de revenus ou votre dernier formulaire T4 si vous demandez une couverture* de plus de 3 500 \$ par mois.

* Total = Toutes les couvertures actuelles et demandées auprès de toutes les compagnies, y compris une couverture du Régime d'assurance des dentistes du Canada

Options (cocher au besoin)

3. Désirez-vous l'option Profession courante cinq ans? (Offerte aux proposants de moins de 50 ans.)

4. Désirez-vous l'option invalidité résiduelle?

5. Désirez-vous l'option Indexation au coût de la vie?

6. Avez-vous une couverture de rente d'invalidité en vigueur ou avez-vous demandé une rente d'invalidité simultanément en dehors du Régime d'assurance des dentistes du Canada?
 Oui Non

Si « Oui », veuillez indiquer :

le nom de la compagnie _____

le montant _____

la durée d'indemnisation _____

le délai de carence _____

Les prestations sont-elles imposables? Oui Non

Remplacerez-vous l'assurance invalidité ci-dessus? Oui Non

Veuillez remplir les Sections 8, 10 et 11.

RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT

Section 7 Conjoint du membre du personnel à assurer au titre de la garantie familiale

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Homme Femme

3. Fumeur Non-fumeur†

4. Date de naissance : / /
 Jour Mois Année

5. Pays de naissance : _____

6. Profession : _____

† **N.B. :** Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez fait usage d'aucun produit du tabac ni 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.

Veuillez remplir les Sections 8, 9, 10 et 12.

Section 8 Renseignements financiers de la personne à assurer (et du conjoint si la couverture vie familiale est demandée)

Veuillez remplir la Question 1 si vous demandez une couverture complète d'invalidité de longue durée.

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

Si « Oui », fournir le montant de votre revenu non gagné pour :

Exercice en cours jusqu'à ce jour _____

Exercice antérieur _____

Source(s) _____

Veuillez remplir la Question 2 si vous demandez une nouvelle assurance vie de plus de 250 000 \$:

2. Valeur nette personnelle (l'actif moins le passif) :

Proposant : _____ \$

Conjoint : _____ \$

Section 9 Bénéficiaires

1. Énoncez ci-dessous les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires seulement pour les contrats demandés.
- Si le bénéficiaire est révocable, vous 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 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 ne spécifiez que la désignation est révocable en cochant la case appropriée dans la colonne afférente au Québec ci-dessous.

Si vous 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 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.

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

		Nom au complet (Nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté entre le fiduciaire et le proposant	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
A. Assurance vie de base	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total 100 %					
	Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
B. 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/0	<input type="checkbox"/>
C. Assurance vie familiale (enfant)	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total 100 %					
	Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
D. Assurance DMA (assuré)	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total 100 %					
	Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
E. Assurance DMA (conjoint)	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total 100 %					
	Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
F. Assurance DMA (enfant)	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total 100 %					
	Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>

2. Si à la question précédente vous avez nommé un mineur comme bénéficiaire, veuillez fournir le nom du fiduciaire habilité à recevoir toute somme payable au bénéficiaire mineur après le décès de la personne à assurer.

A. Nom du bénéficiaire : _____

B. Contrat d'assurance :

Vie de base Vie familiale DMA DMA familiale

C. Nom du fiduciaire : _____

D. Lien de parenté entre le fiduciaire et la personne à assurer : _____

N.B. : Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Section 11 Assurance vie de base/Assurance invalidité de longue durée

Au Québec, veuillez remplir cet encadré si vous détachez les sections 11, 12 et 13 (voir note à la dernière page) :

Nom de la personne à assurer :			N ^o de membre de l'ADC de l'employeur :	Date de naissance :	Date de la proposition :
_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale		Jour Mois Année	Jour Mois Année
Nom du proposant :			N ^o de membre de l'ADC de l'employeur :	Date de naissance :	Date de la proposition :
_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale		Jour Mois Année	Jour Mois 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.**

À remplir par la personne à assurer

1. A. Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin habituel (ou d'une clinique médicale si vous n'avez pas de médecin traitant) :

B. Date et raison de la dernière consultation :

Date (jj/mm/aa) : _____

Raison : _____

C. Est-ce que des symptômes vous ont incité à consulter?

Oui Non

D. Diagnostic, traitement administré ou médicaments prescrits (s'il n'y a aucun diagnostic, indiquez « Aucun ») :

E. Résultats et état actuel :

2. A. Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie ou invalidité qui a été refusée, ajournée ou acceptée moyennant surprime ou modifiée en quoi que ce soit?

Oui Non

B. Avez-vous déjà présenté une demande de règlement ou reçu des prestations, une rente ou des indemnités, été absent du travail pendant plus d'une semaine ou été invalide en raison d'une maladie ou d'un accident?

Oui Non

C. Si vous avez répondu « Oui » aux questions A ou B, veuillez donner des détails :

3. A. Avez-vous piloté un aéronef au cours des 5 dernières années ou avez-vous l'intention de le faire?

Oui Non

B. Au cours des 5 dernières années, avez-vous participé à la plongée autonome, au parachutisme, au vol libre, aux courses automobiles, à l'alpinisme ou à d'autres activités ou sports dangereux ou extrêmes ou avez-vous l'intention de le faire?

Oui Non

C. Au cours des 3 dernières années, vous a-t-on suspendu votre permis de conduire ou déclaré coupable d'infractions de la circulation?

Oui Non

D. Si vous avez répondu « Oui » aux questions A, B ou C, veuillez donner des détails :

4. Avez-vous l'intention de résider en dehors du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois?

Oui Non

Si « Oui », inscrire le ou les pays, la raison, la ou les dates de départ et la durée de séjour :

5. A. Taille : _____ m _____ cm ou _____ pi _____ po

B. Poids : _____ kg ou _____ lb

C. Changement de poids au cours de l'année passée? Oui Non

Indiquez le changement, le cas échéant :

_____ kg ou _____ lb En moins En plus

Raison : _____

6. Avez-vous déjà déclaré faillite, ou en prévoyez-vous la possibilité?

Oui Non

Si « Oui », précisez et donnez la date de libération.

7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous déjà eu ou été traité pour affection ou trouble :

A. du coeur ou des vaisseaux sanguins, à savoir souffle cardiaque, palpitations, maladie du coeur, crise cardiaque, angine de poitrine, douleur thoracique, troubles circulatoires, phlébite, accident vasculaire cérébral ou hypertension?
 Oui Non

B. de la poitrine, des poumons, du nez ou de la gorge, à savoir asthme, bronchite chronique ou emphysème?
 Oui Non

C. de l'appareil digestif, notamment l'estomac, les intestins, la vésicule biliaire, le foie ou le pancréas, à savoir ulcères, colite, saignements ou hépatite (même à l'état latent)?
 Oui Non

D. des reins, de la vessie ou des organes génitaux, à savoir néphrite, teneur de glucose, d'albumine ou de sang dans les urines ou maladie sexuellement transmissible?
 Oui Non

E. du système nerveux, des yeux ou des oreilles, à savoir étourdissements, engourdissement ou picotement, maux de tête, trouble épileptique, paralysie, trouble mental ou nerveux (notamment dépression ou stress) fatigue chronique, déficience visuelle ou auditive?
 Oui Non

F. des glandes ou du sang, à savoir diabète, thyroïde, anémie, leucémie, problèmes de sein ou de peau?
 Oui Non

G. du système immunitaire, à savoir, hypertrophie durable de glande lymphatique, infections insolites, autre anomalie du système immunitaire, séropositif pour le VIH ou diagnostic de SIDA?
 Oui Non

H. de l'appareil locomoteur, à savoir douleur chronique, fibromyalgie, syndrome de la traversée thoracobrachiale, arthrite, sciatique, défaillance ou douleurs dorsales, cervicales, osseuses ou articulaires?
 Oui Non

I. ou pour toute autre maladie, affection, opération, cancer, tumeur, blessure ou anomalie congénitale non indiquée ci-dessus?
 Oui Non

8. Faites-vous présentement l'objet d'une investigation médicale, suivez-vous un traitement, prenez-vous des médicaments ou vous a-t-on conseillé de suivre ou de songer à suivre un traitement ou de subir une intervention chirurgicale ou de consulter un autre médecin?
 Oui Non

9. Vous êtes-vous fait immuniser contre l'hépatite B? Oui Non

10.A. Consommez-vous des boissons alcoolisées? Oui Non
 Si « Oui », veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie :

Quantité	Vin	Bière	Spiritueux
Par jour			
Par semaine			
Par mois			

B. Avez-vous déjà consommé nettement plus d'alcool qu'il n'est indiqué ci-dessus?

Oui Non

Si « Oui », donnez des détails :

C. Avez-vous déjà consulté un médecin, reçu un traitement, des médicaments ou des conseils sur l'abus d'alcool?

Oui Non

D. Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?

Oui Non

E. Avez-vous déjà fait usage de toute forme de marijuana, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques ou recherché ou reçu conseil ou traitement pour usage de drogues, prescrites ou non prescrites?

Oui Non

Si « Oui », donnez des détails et inscrivez la date du dernier usage :

F. Avez-vous déjà fait usage de toute forme de produits du tabac ou de désaccoutumance au tabac?

Oui Non

Si « Oui », indiquer le ou les types de produit et la date du dernier usage :

Si vous fumez des cigares, indiquer combien par mois : _____

11. Pour femmes seulement

A. Êtes-vous enceinte? Oui Non

Si « Oui », date prévue de l'accouchement :

 Jour Mois Année

B. Avez-vous eu auparavant des complications de grossesse, notamment fausse couche, prééclampsie, césarienne, etc.?
 Oui Non

12.A. Votre père ou votre mère, vos frères ou sœurs ont-ils souffert de troubles cardiaques, de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral, d'hypertension, de troubles rénaux ou de la chorée de Huntington?
 Oui Non

B. Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Affection (S'il s'agit d'un cancer, préciser le type.)	Âge auquel la maladie a débuté	Âge au décès et cause du décès

- 13. SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À L'UNE DES PARTIES DES QUESTIONS 7 À 11 INCLUSIVEMENT, VEUILLEZ DONNER DES PRÉCISIONS DANS L'ESPACE CI-APRÈS. INDIQUEZ LE NUMÉRO DE LA QUESTION ET CHAQUE MALADIE, AFFECTION, INCAPACITÉ, BLESSURE, OPÉRATION, HOSPITALISATION, EXAMEN MÉDICAL OU EXAMEN DE ROUTINE, AINSI QUE LES DATES.**

Numéro et partie de la question	Date	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, le cas échéant	Précisez, le cas échéant, la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats

N.B. : Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.

Avis à toutes les personnes à assurer : Rappelons que l'assureur peut imposer un examen médical, des analyses d'urines, des tests à savoir profil sanguin général, notamment analyse de sang pour détection d'anti-corps VIH, qui seront administrés sans frais pour le proposant. Les résultats positifs de tous tests de maladies infectieuses seront reportés au ministère de la santé provincial ou territorial pertinent, si la loi l'exige.

Section 12 Assurance vie familiale – conjoint

À faire remplir par le conjoint qui demande l'assurance vie familiale

- 1. A.** Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin habituel :

- B.** Date et raison de la dernière consultation :

Date (jj/mm/aa) : _____

Raison : _____

- C.** Est-ce que des symptômes vous ont incité à consulter?

Oui Non

- D.** Diagnostic, traitement administré ou médicaments prescrits (s'il n'y a aucun diagnostic, indiquez « Aucun ») :

- E.** Résultats et état actuel :

- 5. A.** Taille : _____ m _____ cm ou _____ pi _____ po

- B.** Poids : _____ kg ou _____ lb

- C.** Changement de poids au cours de l'année passée Oui Non

Indiquez le changement, le cas échéant :

_____ kg ou _____ lb En moins En plus

Raison : _____

- 3.** Êtes-vous en bonne santé et sans aucun symptôme de maladie?

Si « non », donnez des détails :

Oui Non

- 4.** Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions 2 à 4 de la Section 11, donnez des détails :

- 5.** Avez-vous déjà eu l'une des conditions indiquées aux questions 7 à 11 de la Section 11? Si « Oui », donnez des détails ci-après :

Oui Non

Numéro et partie de la question	Date	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, le cas échéant	Précisez, le cas échéant, la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats*

* Inclure les résultats de tous les examens médicaux et les examens de routine. **N.B. :** Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.

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.

Section 13 Enfants à charge

1. Remplir cette section uniquement si vous faites une demande d'assurance vie familiale (enfant à charge) ou d'assurance DMA familiale

Nom des personnes à assurer (en caractères d'imprimerie)	Date de naissance (Jour/Mois/Année)	Sexe	Plus de 21 ans, étudiant à temps plein?	Si « Oui », énoncez la date de la fin du programme (Mois et année)	Lieu de naissance	N.B. : Complétez le tableau ci-après si la couverture vie familiale (enfant à charge) est demandée.				
						Taille		Poids	Changement de poids au cours des 12 derniers mois	
						m/pi	cm/po		kg/lb	Gain
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

N.B. : Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.

2. Remplir cette section uniquement si vous demandez l'assurance vie familiale (enfant à charge)

Pour autant que vous le sachiez, est-ce qu'un de vos enfants à charge souffre d'une déficience mentale ou physique ou de symptômes de mauvaise santé ou est-ce qu'un de vos enfants à charge est en observation, reçoit des conseils ou un traitement ou prend des médicaments?

Oui Non

Si « Oui », donnez ci-dessous des détails.

Nom de la personne à assurer (en caractères d'imprimerie)	Date	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, le cas échéant	Précisez, le cas échéant, la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats

N.B. : Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.

Pour les résidents du Québec seulement : Une fois que votre demande est remplie et renvoyée au CDSPI, les SECTIONS 11, 12 et 13 seront détachées et transmises à la Financière Manuvie, sans en conserver de copie dans les bureaux du CDSPI. Toutefois, vous avez également le choix de détacher et d'envoyer directement à l'assureur, Financière Manuvie, les SECTIONS 11, 12 et 13 du présent formulaire. Si vous le désirez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement les SECTIONS 11, 12 et 13 à l'adresse suivante : Financière Manuvie, C.P. 670, Succursale postale Waterloo, Waterloo, Ontario N2J 4B8 à l'attention des Marchés des groupes à affinités/Sélection des risques – Programme de l'ADC. Toutes les autres sections de la demande dûment remplie doivent être envoyées au : CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Cette proposition ne sera pas considérée complète si la Déclaration d'assurabilité n'est pas dûment remplie, datée et signée quand elle est reçue par la Financière Manuvie.

Résidents du Québec : Si vous détachez les SECTIONS 11, 12 et 13 pour les envoyer directement à la Financière 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 question 1.

Nom de la personne à assurer : _____ N° de membre de l'ADC de l'employeur : _____ Date de naissance : _____ Date de la proposition : _____

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

Jour Mois Année Jour Mois Année

22-31 11/22

AVIS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS – À lire, détacher et conserver par la personne à assurer

Tous les renseignements demandés ne serviront qu'à des fins d'assurance et demeureront confidentiels. Cependant, l'assureur ou ses réassureurs peuvent en soumettre un bref rapport au MIB Group, Inc. Le Bureau MIB est un organisme à but non lucratif composé de compagnies d'assurance-vie qui effectuent, à des fins d'assurance, un échange de renseignements au nom de ses membres. Avec votre autorisation, le Bureau MIB fournira les renseignements en sa possession à toute compagnie d'assurance membre à laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-santé, ou qui aura reçu une demande de règlement vous concernant. Dès réception d'une demande de votre part, le Bureau MIB prendra des dispositions pour que les renseignements qui figurent dans votre dossier vous soient transmis. Si vous croyez que ces renseignements sont inexacts, vous pouvez demander que des corrections y soient apportées en communiquant avec le Bureau MIB à l'adresse suivante : MIB Group, Inc., 330, University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590. Adresse de courriel : canada_disclosure@mib.com