

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

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.

Si un conjoint fait une demande, le dentiste doit satisfaire les conditions d'adhésion précitées.

Les étudiants ne sont pas tenus d'être membres.

Pour convertir votre assurance vie de base ou votre assurance vie familiale du CDSPI en assurance Temporaire 100, il n'y a aucune condition d'adhésion.

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

Section 1 Renseignements sur le proposant

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

Cocher une case :

Dr M. Mme Mlle Société par actions

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

2. Particuliers seulement : Homme Femme

3. Adresse postale :

Cocher une case : Au domicile Au travail

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal

4.

Téléphone (travail) Téléphone (domicile)

Téléphone (cellulaire) Télécopieur

5.

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

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

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

Actuelle

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

Annuelle

Trimestrielle*

Mensuelle*

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

* Des frais de traitement de 3,98 % et de 3,73 % s'appliquent respectivement aux versements mensuels et trimestriels.

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

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

Paiements automatiques

Régime de prélèvement automatique (RPA) -
Veillez remplir le formulaire Régime de prélèvement automatique

Par VISA ou MasterCard -

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

7. 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 : Dr 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. Statut du proposant (*cocher une case*) :

A. 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:

Jour			Mois			Année			

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

Spécialité dentaire : _____

B. Étudiant en médecine dentaire

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

C. Employé d'une association dentaire

Nom de l'association : _____

D. Conjoint du 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) :

E. Autre (préciser) : _____

7. Profession (s'il ne s'agit pas d'un dentiste ou d'un étudiant en médecine dentaire) :

[†] **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 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 3 Renseignements financiers sur la personne à assurer

1. Revenu gagné net annuel (après déduction des frais professionnels, mais avant impôts) :

_____ \$

2. Total de la valeur nette (total de l'actif – total du passif) :

_____ \$

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 4 Assurance vie Temporaire 100

Offert aux proposant de 18 à 70 ans inclusivement

1. Montant d'assurance demandé ici (ne pas inclure la couverture en vigueur) :

_____ \$

2. Type d'assurance (cocher une case) :

- Sur une seule tête
 Conjoint au premier décès – Primes exigibles jusqu'au premier décès
 Au dernier survivant – Primes exigibles jusqu'au second décès

3. Indiquez pour l'un ou l'autre des contrats conjoints le nom et la date de naissance de la personne à assurer tels qu'ils se lisent dans la deuxième proposition et soumettez les deux propositions ensemble

- A. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

- B. Date de naissance : _____
 Jour Mois Année

4. Options

- A. Désirez-vous l'option d'exonération des primes? Oui Non
(Offerte aux proposant de 18 à 54 ans inclusivement)

- B. Désirez-vous l'option d'indexation? Oui Non
(Offerte aux proposant de 18 à 64 ans inclusivement)

Section 5 Remplacement d'une autre assurance vie

À remplir par la personne à assurer

1. A. Avez-vous une assurance vie éventuelle ou en vigueur actuellement autre que par le biais du Régime d'assurance des dentistes du Canada?
 Oui Non

- B. Si « Oui », donnez les détails ci-dessous :

Assureur	Montant de couverture	S'agit-il d'une couverture éventuelle ou actuelle? Cochez une case ci-dessous.	Avez-vous l'intention de remplacer cette couverture?
		<input type="checkbox"/> Éventuelle <input type="checkbox"/> Actuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Éventuelle <input type="checkbox"/> Actuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Éventuelle <input type="checkbox"/> Actuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 6 Bénéficiaires

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

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 ci-dessous, y compris la répartition en pourcentage si vous nommez des bénéficiaires multiples.

	Nom au complet (Nom de famille, prénom et deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté avec la personne à assurer	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Bénéficiaire subsidiaire				S/O	<input type="checkbox"/>
			Total 100 %		

N.B. : Si vous choisissez l'assurance de conjoint, contactez le CDSPI Services consultatifs Inc. au sujet de la désignation de bénéficiaire.

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. Nom du fiduciaire : _____

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

N.B. : Au besoin, joindre une feuille volante signée et datée.

Pour les résidents du Québec seulement : Une fois que votre demande est remplie et renvoyée au CDSPI, la SECTION 8 sera détachée et transmise 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 la Financière Manuvie, la SECTION 8 du présent formulaire. Si vous le désirez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement la SECTION 8 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 remplies 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 la SECTION 8 pour l'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 SECTION 1.

Nom de la personne à assurer :			N° de membre de l'ADC :			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° de membre de l'ADC :			Date de naissance :			Date de la proposition :		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_	_	_ _	_	_	_ _
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale				Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

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