

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.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Section 8 Assurance vie Temporaire 100

Au Québec, veuillez remplir cet encadré si vous détachez la section 8 (voir note à la dernière page) :

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

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. Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance vie, une assurance invalidité ou une assurance maladies graves ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?

Oui Non

B. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ou avez-vous déjà présenté une demande de règlement ou reçu des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident?

Oui Non

C. Avez-vous été invalide pendant une période totale de 6 mois ou plus au cours des 5 dernières années?

Oui Non

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

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, y compris les dates :

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

Oui Non

B. 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. Au cours des 5 dernières années :

A. Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable?

Oui Non

B. A-t-on découvert des symptômes ou constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer?

Oui Non

C. Avez-vous passé un électrocardiogramme, des analyses de sang, des radiographies ou d'autres tests diagnostiques?

Oui Non

D. Avez-vous subi une opération chirurgicale, suivi un traitement ou un régime spécial, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure?

Oui Non

7. Pour autant que vous le sachiez, avez-vous eu une maladie ou une incapacité physique, ou suivez-vous actuellement un traitement?

Oui Non

8. Comptez-vous suivre un traitement médical ou subir une intervention chirurgicale?

Oui Non

9. Avez-vous déjà eu ou été traité pour affection ou trouble :

A. du cœur ou des vaisseaux sanguins, à savoir souffle cardiaque, palpitations, maladie du cœur, 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

10.A. 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

B. Inscrivez tous les médicaments en vente libre et d'ordonnance que vous avez pris et/ou qui vous ont été prescrits au cours des 30 derniers jours, qu'ils aient été prescrits ou non par un docteur en médecine :

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

12.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 consulté un médecin, reçu un traitement, des médicaments ou des conseils sur l'abus d'alcool?

Oui Non

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

Oui Non

D. Au cours des 7 dernières années, 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 : _____

E. 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 _____

13. 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

14.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 », remplissez 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

14. SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À L'UNE DES PARTIES DES QUESTIONS 6 À 13 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. : Au besoin, joindre une feuille volante signée et datée.

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.

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.

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