

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, contactez : **CDSPI Services consultatifs Inc.**
1-800-561-9401 (sans frais) ou 416-296-9401, courriel : conseils@cdspi.com

96099001

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes afin d'éviter tout retard de traitement, et envoyez la proposition à :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4 Téléc. : 1-866-337-3389 (sans frais) ou 416-296-8920

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

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 professionnel Téléphone personnel

Téléphone mobile Télécopieur

5. _____
Adresse électronique (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) -
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.

7. Langue de correspondance désirée : 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. SITUATION (cocher une case) :

A. Dentiste

Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*

Membre de l'ADC

* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.

Année d'obtention du diplôme : _____
Jour Mois Année

Nom de l'université ou de la faculté dentaire : _____

Spécialité dentaire : _____

B. Étudiant dentaire

Nom de l'université ou de la faculté dentaire : _____

C. Employé d'une association dentaire

Nom de l'association : _____

D. Conjoint d'un dentiste admissible membre d'une association dentaire

Nom du dentiste : _____

E. Autre (préciser) : _____

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

[†] **N.B.** : Vous êtes considéré être un non-fumeur si vous n'avez utilisé aucune forme de produits du tabac ou de cessation d'usage du tabac pendant la période de 12 mois antérieure à la signature de la présente proposition. Rappelons que votre demande des taux applicables aux non-fumeurs doit être approuvée par l'assureur et que ladite approbation relève de votre situation relative à l'usage du tabac et de vos antécédents de santé généraux.

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 Montant d'assurance Temporaire 100

Offert aux personnes 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 proposants de 18 à 54 ans inclusivement)
- B. Désirez-vous l'option d'indexation? Oui Non
(Offerte aux proposants 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 jamais refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?

Oui Non

B. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ou avez-vous jamais 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

