

PROPOSITION D'ASSURANCE

Assurance décès et mutilation accidentels

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.

Les étudiants ne sont pas tenus d'être membres.

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, appelez le : **CDSPI Services consultatifs Inc.**
1.800.561.9401 ou 416.296.9401, Courriel : conseils@cdspi.com

Veuillez 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 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.

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

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

A. Type de garantie requise Garantie individuelle Garantie familiale

B. Montant de garantie demandé ici (ne pas inclure la couverture en vigueur) _____ \$
 (Garantie minimum de 50 000 \$. Veuillez utiliser des multiples de 10 000 \$.)

SECTION 3 Personne à assurer - À remplir pour la garantie individuelle et la garantie familiale

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

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Cocher une case Dr/Dre M. Mme Mlle

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

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

D. Situation (dentiste, étudiant dentaire ou employé d'une association dentaire)

- 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

- Étudiant en médecine dentaire

Nom de l'université ou de la faculté dentaire

- Employé d'une association dentaire

Nom de l'association

- Autre (préciser) _____

SECTION 4 Conjoint à assurer en vertu de la garantie familiale

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Cocher une case Dr/Dre M. Mme Mlle

Nom de famille

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

SECTION 5 Enfants à charge à assurer en vertu de la garantie familiale

Enfants non mariés à charge de moins de 23 ans (ou de moins de 27 ans s'ils sont étudiants à temps plein)

Premier enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Marié Non marié

D. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

E. Si plus de 23 ans, est-ce un étudiant à temps plein? Oui Non

Si « oui », date de la fin du programme

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

(JJ/MM/AAAA)

Troisième enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Marié Non marié

D. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

E. Si plus de 23 ans, est-ce un étudiant à temps plein? Oui Non

Si « oui », date de la fin du programme

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

(JJ/MM/AAAA)

Deuxième enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Marié Non marié

D. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

E. Si plus de 23 ans, est-ce un étudiant à temps plein? Oui Non

Si « oui », date de la fin du programme

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

(JJ/MM/AAAA)

Quatrième enfant

A. Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille

Prénom

Initiale

B. Homme Femme

C. Marié Non marié

D. Date de naissance

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

(JJ/MM/AAAA)

E. Si plus de 23 ans, est-ce un étudiant à temps plein? Oui Non

Si « oui », date de la fin du programme

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

(JJ/MM/AAAA)

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

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.

		NOM AU COMPLET (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM ET INITIALE)	LIEN DE PARENTÉ ENTRE LE FIDUCIAIRE ET LE PROPOSANT	PROPORTION (%)	COCHEZ SEULEMENT POUR DÉSIGNER UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (VOIR CI-DESSUS)	AU QUÉBEC, COCHEZ POUR DÉSIGNER LE CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE RÉVOCABLE
ASSURANCE DMA (ASSURÉ)	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 DMA (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 DMA (ENFANT)	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.

AD&D-Ins 20-33 03/20

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.

Je, soussigné, demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance décès et mutilation accidentels offerte dans le cadre de ce programme d'assurance. Je déclare que les déclarations qui figurent dans la présente proposition sont autant que je sache véridiques et complètes.

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 reconnais avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité dans la présente proposition et j'en confirme mon accord. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

NOTA : L'admissibilité à la couverture se limite aux citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada qui sont membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante (au Québec, seuls les membres de l'ADC sont admissibles), aux étudiants de premier cycle à temps plein ou diplômés d'une école ou d'une faculté de médecine dentaire canadienne, ou aux employés à temps plein d'une association dentaire participante ou d'un organisme dentaire canadien.

PARTICIPANTS DU QUÉBEC SEULEMENT

Les parties ont expressément convenu que la présente entente ainsi que tous annexes ou documents s'y rattachant soient rédigés en anglais. (The parties have expressly requested that this Agreement and any related appendices or documents be drafted in the English language.)

NOTE: This document is also available in English.

_____ Signature de la personne à assurer (si elle n'est pas 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 (s'il s'agit d'une demande de garantie familiale)	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Fait à : Ville	_____ Province
_____ Signature de l'enfant (si l'assurance familiale est demandée et l'enfant a 18 ans ou plus)	<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.

AVIS SUR LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS – À LIRE, À DÉTACHER ET À CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements se rapportant à votre assurabilité sont confidentiels. La 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 sans but 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, 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. Le service de renseignements de MIB est situé au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Les personnes désirant obtenir des renseignements sur le MIB peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse www.mib.com.