

Formulaire d'activation de l'assurance Trois-en-un^{MC} sans frais*

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

1 Renseignements sur le proposant

A. Nom du proposant (en lettres d'imprimerie) :

Cochez une case : Dr M. Mme

Nom de famille

Prénom

Deuxième prénom ou initiale

B. Sexe et date de naissance :

Homme Femme Date de naissance

Jour Mois Année

C. Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada?

Oui Non**

D. Université :

E. Date d'obtention du diplôme :

Mois Année

** Si c'est non, vous n'êtes pas admissible à la présente couverture.

F. Langue de correspondance désirée : Français Anglais

G. Numéro de compte (s'il est connu) :

H. Adresse postale actuelle :

Cocher une case : Au domicile Au travail

Numéro et rue

Bureau n°

Ville

Province

Code postal

()

()

Téléphone (travail)

Télécopieur

()

Téléphone (cellulaire)

Adresse de courriel (en lettres d'imprimerie)

I. Poste du proposant dans le cabinet dentaire (cochez une case) :

dentiste qui travaille à pourcentage propriétaire unique associé
 autre _____

2 Couverture Trois-en-un^{MC} sans frais*

A. Sélection (cochez une case) :

Oui, je voudrais recevoir l'assurance Trois-en-un^{MC} travail à pourcentage qui prévoit, sans frais pour moi, 50 000 \$ de couverture du contenu du cabinet (avec 1 000 \$ de franchise), une couverture des pertes d'exploitation basée sur la perte réelle subie et 5 millions \$ de couverture de responsabilité civile des entreprises jusqu'au 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. L'assurance travail à pourcentage peut couvrir multiples cabinets si les adresses en sont indiquées dans la proposition.

OU Oui, je voudrais recevoir l'assurance Trois-en-un^{MC} ordinaire qui prévoit, sans frais pour moi, 50 000 \$ de couverture du contenu du cabinet (avec 1 000 \$ de franchise), une couverture des pertes d'exploitation basée sur la perte réelle subie et 5 millions \$ de couverture de responsabilité civile des entreprises jusqu'au 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. L'assurance Trois-en-un^{MC} ordinaire ne couvre qu'une seule adresse de cabinet.

* La couverture doit être activée au plus tard le 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. La couverture se poursuit sans frais jusqu'au 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme. Vous aurez droit à une réduction de 50 p. cent sur les primes ordinaires pendant les trois années civiles qui suivent la remise de votre diplôme.

Suite au verso...

Avis sur la vie privée et la confidentialité – À LIRE, DÉTACHER ET CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER

En soumettant des renseignements personnels qui comprennent, mais sans s'y limiter, le nom d'une personne, son adresse, sa date de naissance et ses renseignements médicaux à Zurich Compagnie d'assurances SA et ses sociétés affiliées (collectivement appelées « Zurich ») et ses représentants autorisés respectant les personnes assurées ou couvertes par cette police, vous reconnaissez et confirmez que vous consentez ou, le cas échéant, avez obtenu le consentement de ces personnes pour la collecte, le stockage, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels aux fins de l'obtention et de l'administration de ladite ou desdites couvertures d'assurance. Ces renseignements personnels sont traités et conservés par Zurich, ses sociétés affiliées et ses représentants autorisés, tant au pays qu'à l'étranger. Pour en savoir plus sur la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels, veuillez écrire à l'agent de la protection de la vie privée de Zurich à privacy.zurich.canada@zurich.com ou vous pouvez également consulter notre déclaration sur la protection des renseignements personnels au www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement. En tant que titulaire de la police, vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Toutefois, si vous retirez votre consentement, Zurich pourrait ne pas pouvoir vous fournir de services et de couverture d'assurance ou ne pas pouvoir payer vos réclamations. Zurich s'est engagée à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements fournis. Vos renseignements personnels sont protégés dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou de notre agent. Vous pouvez demander de consulter vos renseignements personnels et d'y apporter des corrections en écrivant à : Agent de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d'assurances SA (direction canadienne), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9.

Suite au verso...

2 Couverture Trois-en-un^{MC} sans frais* – Suite

C. Catégorie de bâtiment (cochez une case) :

Ignifugé Toute autre construction

(Se reporter au feuillet d'assurance Trois-en-un^{MC} pour les définitions)

D. Date d'entrée en vigueur* :

Jour	Mois	Année

* La couverture entre en vigueur à la date d'obtention de votre diplôme, à la date indiquée ou à la date à laquelle le CDSPI ou le CDSPI Services consultatifs Inc. reçoivent ce formulaire, si elle est plus tardive. La couverture ne s'applique pas aux pertes attribuables à des incidents survenus avant la date d'entrée en vigueur.

E. Cabinets additionnels à assurer :

Cochez cette case si vous demandez l'assurance travail à pourcentage du contrat Trois-en-un^{MC} et vous allez exercer dans plus d'un cabinet. (Dressez ci-après une liste de vos cabinets additionnels.)

1.

Numéro et rue	Bureau n°	
Ville	Province	Code postal
()	()	
Téléphone (travail)	Télécopieur	

2.

Numéro et rue	Bureau n°	
Ville	Province	Code postal
()	()	
Téléphone (travail)	Télécopieur	

3.

Numéro et rue	Bureau n°	
Ville	Province	Code postal
()	()	
Téléphone (travail)	Télécopieur	

3 Autorisation – À lire, signer et dater par le proposant

Je demande à Zurich Compagnie d'assurances SA l'assurance indiquée ci-dessus. Je certifie que les renseignements fournis par moi sont véridiques et complets et que Zurich Compagnie d'assurances SA peut s'y fier pour l'émission de mon assurance. Je reconnais avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en confirme mon accord. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

--

Signature du proposant

Jour	Mois	Année

Une photocopie ou un facsimilé de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

N.B. : L'admissibilité à la couverture se limite uniquement aux dentistes en voie d'obtenir leur diplôme, qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. La couverture Responsabilité civile des entreprises est sous réserve d'une limite globale générale de 10 millions \$ annuellement. Les détails, termes, conditions et exclusions du contrat d'assurance Trois-en-un^{MC} sont énoncés dans la notice explicative du contrat en question.

 **ZURICH**[®] L'assurance Trois-en-un^{MC} est souscrite par Zurich Compagnie d'assurances SA (Direction canadienne).

22-535 11/22

Avis sur la vie privée et la confidentialité (suite)

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, consultez notre page Web www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.