

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

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

## Section 1 Renseignements sur le proposant

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

Cocher une case :

Particulier  Société en nom collectif  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

### 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 2,23 % s'appliquent 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. Langue de correspondance désirée : Français Anglais

## Section 2 Partie à assurer

N.B. : Veuillez remplir cette section même si le proposant est la partie à assurer.

### 1. Nom du dentiste :

\_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

### 2. Homme Femme

### 3. Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Jour Mois Année

### 4. Vos sociétés dentaires professionnelles peuvent être assurées au titre de la police. Veuillez les énoncer ci-dessous :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Vous êtes admissible à l'assurance responsabilité civile professionnelle excédentaire, à condition d'être membre de votre association dentaire provinciale, d'être autorisé à exercer la dentisterie et d'avoir souscrit une assurance RC professionnelle en première ligne obligatoire par l'entremise de votre organisme de réglementation provincial.

**Veillez indiquer quel organisme de réglementation provincial est le promoteur de votre assurance RC professionnelle en première ligne obligatoire (cocher toutes les réponses applicables) :**

Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario

Association et collège dentaires de l'Alberta

Suite à la page suivante... ►

