

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

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Section 1 Renseignements sur le proposant

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

Cocher une case : Dr M. Mme Mlle
 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 professionnel Téléphone personnel

Téléphone mobile Télécopieur

5.

Adresse électronique (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)

6. Non dentistes seulement :

Adresse domiciliaire (si elle diffère de l'adresse indiquée à la question 3) :

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal

7. A. Numéro de compte, s'il est connu :

7. 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.

7. 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.

8. 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 :

Cocher une case : Dr M. Mme Mlle

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.

5. A. La personne à assurer est ou sera autorisée à exercer dans la ou les provinces suivantes :

B. Date prévue de l'obtention d'un permis autorisant la personne à assurer à exercer, si elle n'en détient pas un :

Jour Mois Année

6. SITUATION (cocher une case) :

Dentiste

Année d'obtention du diplôme : _____
Jour Mois Année

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

Spécialité dentaire : _____

Hygiéniste[†]

Nom du dentiste autorisé à exercer (employeur) : _____

Assistant dentaire accrédité[†]

Nom du dentiste autorisé à exercer (employeur) : _____

Infirmière dentaire[†]

Nom du dentiste autorisé à exercer (employeur) : _____

[†] La couverture des auxiliaires s'applique seulement aux services professionnels fournis lorsque l'assuré relève d'un dentiste autorisé à exercer ou est supervisé par un tel dentiste.

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 3 Renseignements afférents à la couverture

1. Dentistes seulement :

A. Montant de garantie demandé (cochez une case) :

3 000 000 \$ 4 000 000 \$ 5 000 000 \$
 10 000 000 \$ 25 000 000 \$

B. Franchise :

1 000 \$ 2 500 \$ 5 000 \$

(Si vous n'indiquez pas la franchise que vous désirez, elle sera automatiquement de 1 000 \$.)

Pour les dentistes, l'assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date du permis ou la date à laquelle le CDSPI reçoit une proposition valide. Pour obtenir de l'information, appelez le CDSPI Services consultatifs Inc.

2. Auxiliaires seulement :

Date d'entrée en vigueur de la garantie :

Jour Mois Année

Hygiénistes, assistants dentaires accrédités et infirmières dentaires ont droit à une couverture de 2 millions \$ avec 500 \$ de franchise.

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ – À lire, détacher et conserver par la personne à assurer

Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada, s'engage à protéger vos renseignements personnels et à les utiliser et à les communiquer uniquement à des fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Quand vous faites une demande d'assurance, il est possible que l'on cherche les rapports sur le consommateur et les rapports antérieurs d'assurance qui contiennent des renseignements personnels, de solvabilité, des données de fait, des informations sur les enquêtes ou les pertes et les sinistres antérieurs à votre sujet en ce qui concerne ces points. En soumettant votre proposition, vous donnez votre consentement à ce que Aviva recueille, utilise ou communique les renseignements personnels recueillis dans le cadre de la présente proposition. Si vous désirez retirer votre consentement, vous devez en aviser immédiatement Aviva par écrit. Pour obtenir plus d'informations sur comment Aviva utilise et protège vos renseignements personnels, veuillez lire l'engagement d'Aviva à l'égard de la protection des renseignements personnels au www.avivacanada.com. Vous pouvez consulter les renseignements personnels qui se trouvent dans le dossier de l'assureur et y apporter des corrections en écrivant à Aviva Canada Inc., à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 10, Aviva Way, Suite 100, Markham (ON) L6G 0G1 ou par courriel : CAPrivacyOfficer@aviva.com.

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.

Section 4 Assurance temporaire*

1. Si vous demandez une assurance de courte durée (p. ex. quelques jours ou quelques semaines), veuillez indiquer pendant combien de temps vous avez besoin de cette assurance.

Date de début :
 Jour Mois Année

Date de fin :
 Jour Mois Année

2. J'ai ou j'aurai l'autorisation temporaire pour exercer dans la ou les provinces suivantes :

Nom de la ou des provinces

N.B. : Il y a une prime minimum de 250 \$, toute taxe applicable en sus. Un paiement est exigé lorsque la demande est approuvée. Veuillez contacter le CDSPI.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Section 5 À lire, signer et dater par la personne à assurer

Renseignements d'assurance RC professionnelle : j'accepte que tous renseignements sur les réclamations afférentes à mon assurance de la responsabilité civile professionnelle soient transmis par Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada, au CDSPI ou au CDSPI Services consultatifs Inc. (filiale agréée du CDSPI) et que lesdits renseignements et confirmation du statut de ma couverture PUISSENT être transmis, sur demande, à l'organisme chargé de la réglementation de la profession de la province en cause.

Je demande à Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada, l'assurance ci-dessus. Les renseignements fournis par moi sont véridiques et complets et Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada, peut s'y fier pour l'émission de mon assurance. Je reconnais avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité qui figure et j'en confirme mon accord. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Je déclare que, exception faite de ce qui est décrit ci-dessous, je n'ai actuellement connaissance d'aucune réclamation, d'aucun avis de réclamation, ni d'aucune poursuite pour négligence professionnelle et que je ne fais l'objet d'aucune réclamation ou poursuite en raison de prestation ou de non-prestation de services professionnels. Je déclare en outre qu'il n'y a pas de sinistre payé ou à payer par moi ou pour moi et qu'aucun jugement n'a été rendu contre moi pour dommages en raison de faute ou d'erreur professionnelle, réelle ou présumée, commise dans l'exercice de ma profession sauf pour ce qui suit :

Divulgence des renseignements sur les sinistres

Signature

Date :
 Jour Mois Année

N.B. : Seuls sont admissibles à cette couverture ou à un supplément de couverture les dentistes qui sont résidents du Canada, les hygiénistes[†], les assistants dentaires accrédités[†] et les infirmières dentaires[†] résidents de toute province ou de tout territoire du Canada qui travaillent, ou sont sous contrat, pour le compte d'un dentiste autorisé à exercer, et qui fournissent des services dentaires seulement dans le cabinet de ce dernier ou lorsqu'ils relèvent d'un tel dentiste ou sont supervisés par un tel dentiste.

[†] Les membres du personnel qui ont souscrit une couverture de la responsabilité civile professionnelle peuvent la conserver s'ils changent d'emploi, pourvu que le nouvel employeur soit un dentiste autorisé à exercer.

