

Section 2 Partie à assurer (suite)

5. Situation (remplir toutes les sections) :

Votre employeur dentiste vous[†] supervise-t-il directement TOUT le temps?

- Non – Si c'est « Non », vous N'avez PAS droit à l'assurance de la responsabilité civile professionnelle offerte dans le cadre du Régime.
- Oui – Si c'est « Oui » et vous travaillez pour un dentiste autorisé à exercer, vous pouvez avoir droit à l'assurance de la responsabilité civile professionnelle offerte dans le cadre du Régime. Le dentiste pour lequel vous travaillez doit signer ci-dessous pour confirmer qu'il vous supervise directement tout le temps.

Nom du dentiste

Numéro et rue

Bureau n°

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Signature du dentiste

Date

[†] Ceci laisse entendre que le dentiste fait l'examen préalable de la bouche du patient dans chaque cas, qu'il donne l'autorisation de dispenser un et chacun des soins (pour lesquels vous avez reçu une formation formelle et que vous êtes légalement autorisé à dispenser) et qu'il se trouve dans le même cabinet dentaire que vous pendant que vous exercez.

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 3 Renseignements afférents à la couverture

1. Date d'entrée en vigueur de la garantie :

Jour	Mois	Année

Les dentothérapeutes ont droit à une couverture de 2 millions \$ par sinistre, soit au total 6 millions \$ par année civile et à 500 \$ de franchise. Si la couverture est approuvée par l'assureur, l'assurance entre en vigueur le jour où le CDSPI reçoit une proposition valide ou à la date d'effet indiquée sur la proposition si elle est ultérieure à la date de réception. Pour de plus amples renseignements, veuillez appeler le CDSPI.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Section 4 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 Zurich Compagnie d'assurances SA 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 fais la demande de l'assurance indiquée ci-dessus à Zurich Compagnie d'assurances SA. Les renseignements que j'ai fournis sont véridiques et complets; Zurich Compagnie d'assurances SA peut donc s'y fier pour établir une couverture d'assurance à mon nom. J'accuse réception de la déclaration de confidentialité et je confirme que j'en accepte les termes. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide 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 :

Divulgaration des renseignements sur les sinistres

Signature

Date :

Jour	Mois	Année

N.B. : L'admissibilité à la couverture se limite aux dentothérapeutes résidents du Canada (à l'exception du Québec) qui sont des employés ou sont sous contrat et qui dispensent des services dentaires seulement lorsqu'il sont supervisés directement par un dentiste autorisé à exercer. Les membres du personnel qui ont souscrit l'assurance RC professionnelle peuvent la conserver s'ils changent d'emploi, pourvu que le nouvel employeur soit un dentiste autorisé à exercer.



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.

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.