

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  
  

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale
2.  Homme  Femme
3. Adresse postale :  
Cocher une case :  Au domicile  Au travail  
  

Numéro et rue	Bureau n°	
Ville	Province	Code postal
4. Adresse de la résidence principale (*si elle diffère de l'adresse ci-dessus*) :  
  

Numéro et rue	Bureau n°	
Ville	Province	Code postal
5.   

Téléphone professionnel	Téléphone personnel
Téléphone mobile	Télécopieur
6.   

Adresse électronique ( <i>svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition</i> )
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
9. SITUATION (*cocher une case et donner des détails*) :  
A.  Dentiste retraité  
B.  Dentiste  
 Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale\*  
 Membre de l'ADC  
\* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.  
Année d'obtention du diplôme :            
Jour    Mois    Année  
Nom de l'université ou de la faculté dentaire : \_\_\_\_\_  
  
Spécialité dentaire : \_\_\_\_\_  
C.  Étudiant  
Nom de l'université ou de la faculté dentaire : \_\_\_\_\_  
  
D.  Membre du personnel dentaire  
Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_  
E.  Employé d'une association dentaire  
Nom de l'association : \_\_\_\_\_  
F.  Membre de la famille immédiate de la personne admissible  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom du membre admissible : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le membre admissible : \_\_\_\_\_  
Statut de membre de la parenté admissible :  
 Dentiste  Étudiant dentaire  
 Membre du personnel  
Employeur :  Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale\*  
 Membre de l'ADC  
\* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.  
 Employé d'une association dentaire

# COUVERTURE DEMANDÉE

## Section 2 Détails

1. Montant d'assurance RC Umbrella de la vie privée demandé dans les présentes :

- 3 000 000 \$  4 000 000 \$  5 000 000 \$

## Section 3 Assurance actuelle

### 1. A. RC de la vie privée : (normalement avec l'assurance propriétaires occupants/locataires)

Énoncez toutes vos assurances actuelles responsabilité civile de la vie privée en première ligne à faire couvrir par l'assurance RC Umbrella de la vie privée. Chaque contrat doit avoir un montant de garantie minimum de un million de dollars pour être admissible comme assurance de base.

Nom de la compagnie d'assurance (pas celui de l'agent ou du courtier)	Montant de garantie (\$) (Vous devez avoir un minimum de 1 000 000 \$)	Police n°	Date d'expiration (Jour/Mois/Année)

N.B. : Joindre une feuille volante datée et signée si vous avez besoin de plus d'espace.

B. Possédez-vous d'autres résidences, chalets ou propriétés de loisirs?  Oui  Non

C. Si vous avez répondu « Oui » à la question 1.B., adresse complète de chacune d'elles : (joindre une feuille volante au besoin, dater et signer)

N.B. : La couverture ne s'applique pas à toute obligation liée au droit de propriété par l'assuré d'un bien immobilier situé en dehors du Canada.

### 2. A. Automobiles/véhicules motorisés :

Énoncez toutes les assurances couvrant les voitures particulières, les motos et les véhicules récréatifs\* vous appartenant ou loués par vous ou par tout membre du ménage\*\*. Chaque contrat doit avoir un montant de garantie minimum de un million de dollars pour être admissible comme assurance de base. **(Les véhicules enregistrés au nom d'une société ne sont pas couverts en vertu de cette police, sauf les véhicules utilisés à des fins personnelles.)**

Nom de la compagnie d'assurance (pas celui de l'agent ou du courtier)	Montant de garantie (\$) (Vous devez avoir un minimum de 1 000 000 \$)	Police n°	Date d'expiration (Jour/Mois/Année)

N.B. : Joindre une feuille volante datée et signée si vous avez besoin de plus d'espace.

B. Votre assurance automobile comporte-t-elle l'avenant FMPO 44/SEF 44 touchant la non-assurance ou la sous-assurance des tiers (appelée Avenant de protection de la famille dans certaines provinces)? (Cette question ne s'applique ni au Québec ni en Colombie-Britannique ni au Manitoba). (Si vous n'êtes pas sûr, veuillez vous reporter à votre contrat ou demander à votre agent/courtier)

Oui  Non (Si « Non », vous n'êtes pas admissible à cette option.)

N.B. : Tous les proposants sauf ceux de la Colombie-Britannique, du Québec ou du Manitoba doivent répondre à 2. B et 2. C.

C. Si « Oui », donnez le plafond de garantie : \_\_\_\_\_ \$

\* La couverture ne s'applique pas à toute obligation liée au droit de propriété par l'assuré d'un véhicule automobile immatriculé en dehors du Canada.

## Section 4 Utilisation de véhicules

1. A. Nom et âge de chaque membre du ménage qui a un permis de conduire\*\* :

Nom (nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Âge

B. Vous êtes-vous, vous ou l'une quelconque des personnes vivant sous votre toit, vu suspendre ou révoquer votre permis de conduire, ou résilier votre assurance au cours des trois dernières années?  Oui  Non

C. Si « Oui », expliquez :

---

---

2. A. Nombre d'automobiles/véhicules motorisés\* appartenant à vous ou à une personne vivant sous votre toit, loués ou utilisés par vous ou par une personne vivant sous votre toit : \_\_\_\_\_

B. Est-ce que vous ou une des personnes ayant un permis de conduire et vivant sous votre toit possédez une motocyclette, un véhicule tout-terrain ou une autoneige?  Oui  Non

C. Est-ce que vous ou une personne vivant sous votre toit possédez un bateau?  Oui  Non

3. A. Est-ce que vous ou une personne vivant sous votre toit avez subi des sinistres RC de 10 000 \$ ou plus au cours des cinq dernières années?  Oui  Non

B. Si « Oui », veuillez fournir des détails, notamment le nom de l'assureur, le numéro de la police, la date, le montant du sinistre et une brève explication :

---

---

(Joindre une feuille volante au besoin, dater et signer.)

\* La couverture ne s'applique pas à toute obligation liée au droit de propriété par l'assuré d'un véhicule automobile immatriculé en dehors du Canada.

\*\* Les étudiants de niveau postsecondaire âgés de 25 ans et moins qui dépendent financièrement de vous et qui n'habitent pas temporairement avec vous parce qu'ils fréquentent une université ou un collège, sont considérés comme faisant partie de votre ménage.

Suite à la page suivante... ►

# DÉCLARATION ET AUTORISATION

## Section 5 À lire, signer et dater par le proposant

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

Signature \_\_\_\_\_ Date : | | | | |  
Ville et province où la présente est signée Jour Mois Année

**N.B. :** Seuls les particuliers qui résident au Canada et sont membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante sont en droit de demander cette couverture ou un supplément d'assurance en vertu de cette couverture (au Québec, seuls les membres de l'ADC sont admissibles). Les employés des dentistes admissibles et les membres admissibles de leur famille qui résident au Canada et les employés des organisations dentaires précisées (notamment l'ADC et les associations dentaires provinciales ou territoriales participantes) sont aussi admissibles. Au Québec, seuls sont admissibles à la couverture ou à un supplément de couverture les membres de l'ADC et leurs employés, et les membres de leur famille admissibles.

### Section réservée à l'usage d'Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada

Cette proposition a été acceptée et approuvée par Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada

Signature \_\_\_\_\_ Date : | | | | |  
Jour Mois Année

 **AVIVA** L'assurance RC Umbrella de la vie privée est établie par Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada.

20-29 03/20

## 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](http://www.avivacanada.com). Vous pouvez consulter les renseignements personnels qui se trouvent dans le dossier de l'assuré 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 à : 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.cdsppi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels](http://www.cdsppi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).