

Section 2 Partie à assurer

Assurez-vous d'avoir lu les conditions d'admissibilité et d'assurabilité énoncées à la première page de la proposition, et de satisfaire à ces conditions.

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

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

Dr M. Mme Mlle

Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Date de naissance :

J	M	A	M	A	M	A	M	A	M
Jour	Mois	Année							

3. STATUT D'ADMISSIBILITÉ

Choisir et remplir une des options ci-dessous
(remplir A, B, C, D, E, F, G, H, I ou J):

A. Dentiste autorisé à exercer qui est :

- membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante
 membre de l'ADC

Numéro de permis provincial/de l'ADC (**obligatoire**):

Date d'obtention du diplôme :

J	J	M	M	A	A	A	A	A	A
(JJ/MM/AAAA)									

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

Spécialité dentaire : _____

B. Dentiste retraité, non-praticien ou recevant des prestations d'invalidité

C. Étudiant en médecine dentaire

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

D. Employé d'un dentiste autorisé à exercer

Profession : _____

Nom du dentiste employeur : _____

Le dentiste employeur est :

- membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante
 membre de l'ADC

E. Membre de la famille du dentiste autorisé à exercer

Lien de parenté avec le dentiste : _____

Nom du dentiste : _____

Le dentiste est :

- membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante

membre de l'ADC

Numéro de permis provincial/de l'ADC (**obligatoire**):

F. Membre de la famille de l'employé

Nom de l'employé : _____

Profession de l'employé : _____

Nom du dentiste employeur : _____

Le dentiste employeur est :

- membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante

membre de l'ADC

G. Employé ou retraité d'une association ou organisation dentaire participante

Nom de l'association ou de l'organisation :

H. Membre de la famille de l'employé ou du retraité d'une association ou organisation dentaire participante

Nom de l'employé ou du retraité : _____

Lien de parenté avec l'employé ou le retraité :

Nom de l'association ou de l'organisation :

I. Membre de la famille du dentiste retraité, non-praticien ou recevant des prestations d'invalidité

Lien de parenté avec le dentiste : _____

Nom du dentiste : _____

J. Membre de la famille de l'étudiant en médecine dentaire

Lien de parenté avec l'étudiant :

Nom de l'étudiant : _____

Nom de l'université ou de la faculté dentaire :

Section 5 Bénéficiaires – Remplir UNIQUEMENT si vous demandez l'assurance Atout Plus voyage

1. Énoncez ci-dessous les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires de l'assurance **Atout Plus voyage** de la personne à assurer. De plus, si vous demandez une couverture familiale de l'assurance Atout Plus voyage, énoncez les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires subsidiaires de votre conjoint.

Si le bénéficiaire désigné est révocable, vous pourrez changer le bénéficiaire et la couverture n'importe quand sans le consentement du bénéficiaire. Dans le cadre d'une désignation de bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit du bénéficiaire sera exigé pour changer le bénéficiaire, réduire la couverture, résilier la police ou y apporter tout changement qui pourrait affecter la valeur ou les droits de propriété de la police.

Sauf dans le cas d'un conjoint désigné comme bénéficiaire, au Québec (voir ci-dessous), une désignation de bénéficiaire sera révocable à moins que vous n'effectuiez une désignation irrévocable (pour des raisons visant à satisfaire aux exigences d'un jugement de divorce, d'un accord de séparation, d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une entente d'assurance d'associés) en cochant la case appropriée dans la colonne « irrévocable » ci-dessous.

Au Québec, un conjoint nommé comme bénéficiaire est réputé être irrévocable à moins que vous ne spécifiez que la désignation est révocable en cochant la case appropriée dans la colonne afférente au Québec ci-dessous.

Si vous nommez un mineur comme bénéficiaire, veuillez fournir le nom du fiduciaire habilité à recevoir toute somme payable au bénéficiaire mineur après le décès de la personne à assurer.

Par ailleurs, si vous nommez plus d'un premier bénéficiaire, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès que chaque bénéficiaire doit recevoir. Si aucun pourcentage n'est indiqué, le capital-décès sera divisé de façon égale entre chacun des premiers bénéficiaires admissibles survivants. Vous pouvez également désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui recevront le capital-décès si : (a) aucun des premiers bénéficiaires n'est vivant au moment où le capital-décès est payable; ou (b) un tribunal décide que les premiers bénéficiaires ne sont pas admissibles.

Remarque : Si vous manquez d'espace, cochez cette case et joignez une feuille volante signée et datée. Veuillez reprendre le même format utilisé ci-dessous, y compris la répartition en pourcentage si vous nommez des bénéficiaires multiples.

A. Personne à assurer (remplir dans tous les cas) :

	Nom au complet (Nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté avec la personne à assurer	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire					
Premier bénéficiaire					
Total 100 %					
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>

B. Conjoint (remplir uniquement si vous demandez la garantie familiale) :

	Nom au complet (Nom de famille, prénom, deuxième prénom ou initiale)	Lien de parenté avec la personne à assurer	Proportion (%)	Cochez <u>seulement</u> pour désigner un bénéficiaire irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cochez pour désigner le conjoint comme bénéficiaire révocable
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premier bénéficiaire					
Premier bénéficiaire					
Total 100 %					
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire subsidiaire				S/0	<input type="checkbox"/>

2. Si vous avez nommé un mineur comme bénéficiaire, veuillez fournir le nom du fiduciaire habilité à recevoir toute somme payable au bénéficiaire mineur après le décès de la personne à assurer.

A. Nom du bénéficiaire : _____

B. Nom du fiduciaire : _____

C. Lien de parenté entre le fiduciaire et la personne à assurer :

N.B. : Si un enfant est couvert en vertu de cette assurance, le proposant est automatiquement désigné comme bénéficiaire de la couverture de l'enfant.

CALCUL DU PAIEMENT ANNUEL

Section 6 Garantie individuelle

1. A. D'après les tableaux Atout voyage ou Atout *Plus* voyage ci-dessous, inscrivez la prime qui s'applique à vous : _____ \$
- B. D'après les tableaux ci-dessous, inscrivez la taxe provinciale :
Atout *Plus* voyage – seulement dans les provinces suivantes : SK, MB, ON, QC et T.-N.-L. + _____ \$
- C. Additionnez la prime et la taxe et joignez le paiement de : = _____ \$

Section 7 Garantie familiale

1. A. En utilisant l'âge des deux membres de la famille les plus âgés et d'après les tableaux Atout voyage ou Atout *Plus* voyage ci-dessous, inscrivez la prime pour chacune de ces personnes :
Premier assuré _____ \$ **Deuxième assuré** _____ \$
- B. D'après les tableaux ci-dessous, inscrivez la taxe provinciale :
Atout *Plus* voyage – seulement dans les provinces suivantes : SK, MB, ON, QC et T.-N.-L. + _____ \$ + _____ \$
- C. Additionnez les primes et les taxes : = _____ \$ + _____ \$
- D. Faites le total des deux sommes finales et joignez le paiement de : = _____ \$

ATOUT VOYAGE

Âge	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	54,03 \$	64,84 \$	185,71 \$	304,57 \$
51 à 65 ans	88,56 \$	106,28 \$	211,49 \$	381,94 \$
66 à 75 ans	187,62 \$	225,14 \$	428,11 \$	746,68 \$

ATOUT PLUS VOYAGE

Âge	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	237,81 \$	285,36 \$	396,86 \$	515,23 \$
51 à 65 ans	270,56 \$	324,69 \$	421,77 \$	587,45 \$
66 à 75 ans	430,26 \$	516,31 \$	707,60 \$	1 009,20 \$

ATOUT PLUS VOYAGE – TAXE QUI S'APPLIQUE DANS LES PROVINCES SUIVANTES : SK, MB, ON, QC ET T.-N.-L.

Saskatchewan	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	14,27 \$	17,12 \$	23,81 \$	30,91 \$
51 à 65 ans	16,23 \$	19,48 \$	25,31 \$	35,25 \$
66 à 75 ans	25,82 \$	30,98 \$	42,46 \$	60,55 \$
Manitoba	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	16,65 \$	19,98 \$	27,78 \$	36,07 \$
51 à 65 ans	18,94 \$	22,73 \$	29,52 \$	41,12 \$
66 à 75 ans	30,12 \$	36,14 \$	49,53 \$	70,64 \$
Ontario	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	19,02 \$	22,83 \$	31,75 \$	41,22 \$
51 à 65 ans	21,64 \$	25,98 \$	33,74 \$	47,00 \$
66 à 75 ans	34,42 \$	41,30 \$	56,61 \$	80,74 \$
Québec	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	21,40 \$	25,68 \$	35,72 \$	46,37 \$
51 à 65 ans	24,35 \$	29,22 \$	37,96 \$	52,87 \$
66 à 75 ans	38,72 \$	46,47 \$	63,68 \$	90,83 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
50 ans ou moins	35,67 \$	42,80 \$	59,53 \$	77,28 \$
51 à 65 ans	40,58 \$	48,70 \$	63,27 \$	88,12 \$
66 à 75 ans	64,54 \$	77,45 \$	106,14 \$	151,38 \$

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Section 10 À lire, signer et dater par la personne à assurer ou l'assuré au second degré*

Je demande par la présente à CUMIS, membre du groupe de sociétés Co-operators, l'assurance voyage offerte par le CDSPI. 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.

Je/Nous déclare/déclarons que les renseignements donnés sont complets et exacts autant que je/nous sache/sachions. Je/Nous comprends/comprenons que le questionnaire et la proposition font partie intégrante de la convention d'assurance voyage établie par CUMIS et administrée par le CDSPI. Je/Nous comprends/comprenons de plus que toute fausse déclaration ou non-divulgence se rapportant à un état de santé qui est indiqué dans le présent questionnaire sur la santé et qui donne lieu à un sinistre peut entraîner le non-paiement de ce sinistre. Tout état de santé que j'ai/nous avons maintenant mais que je n'ai/nous n'avons pas divulgué entièrement dans la Section 9 ou qui s'est développé avant mon/notre départ sera assujéti à l'exclusion pour état de santé préexistant prévue par la police.

Je réserve le droit de révoquer ou de modifier l'intérêt de tout bénéficiaire désigné dans la présente proposition, sous réserve de toute loi applicable.

Je/Nous autorise/autorisons par les présentes tout médecin agréé, omnipraticien, clinique d'hôpital ou autre établissement médical, compagnie d'assurance, régime d'assurance maladie d'État ou autre organisme ou personne qui détient des dossiers ou informations sur ma/notre santé et, le cas échéant, sur celle des membres de ma/notre famille à soumettre aux sociétés, s'il y a lieu, les renseignements sur mon/notre état de santé, mes/nos antécédents et traitements médicaux. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne à assurer _____ Date : | | | | |
| | | | |
Jour Mois Année

Signature de l'assuré au second degré* (pour la garantie familiale) _____ Date : | | | | |
| | | | |
Jour Mois Année

* Le membre le plus âgé de la famille, autre que le proposant.

L'assurance Atout voyage et Atout Plus voyage sont établies par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, l'une des sociétés du Groupe Co-operators, et administrées par Allianz Global Assistance. Allianz Global Assistance est un nom commercial d'AZGA Service Canada Inc. et d'AZGA Insurance Agency Canada Ltd.

23/25 02/23

Section 11 Mode de paiement

Choisir un mode de paiement :

Chèque – Libellez votre chèque à l'ordre du CDSPI

VISA ou MasterCard – Le CDSPI vous téléphonera afin d'obtenir les données de votre carte de crédit pour activer votre assurance.

Veuillez **ne pas** fournir le numéro de votre carte de crédit sur ce formulaire.

Le meilleur numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre :

Le meilleur moment pour vous joindre :

- 8 h 30 à 11 h HNE
- 11 h à 14 h HNE
- 14 h à 17 h HNE
- 17 h à 19 h HNE

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

Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels aux fins suivantes : déterminer l'admissibilité; administrer nos services; évaluer les risques; évaluer les demandes de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; et satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de service d'AZGA Service Canada Inc. faisant affaire sous le nom d'Allianz Global Assistance ou de la Compagnie d'Assurance Générale CUMIS ou des sociétés membres du groupe Co-operators, du CDSPI ou du CDSPI Services consultatifs Inc., et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Il se peut également que le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. utilisent les renseignements recueillis dans ce formulaire aux fins de marketing et pour vous informer d'autres produits ou services connexes. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujétiés 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 :

- **Allianz Global Assistance** : À l'attention de l'Agent de la protection de la vie privée, Allianz Global Assistance, P.O. Box 227, STN Waterloo (ON) N2J 4A4.
- **CDSPI/CDSPI Services consultatifs Inc.** : CDSPI, À l'attention du Chef 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 www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.