

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 : cdspi@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

**N.B.** : L'assurance du bâtiment est offerte moyennant une prime supplémentaire aux dentistes qui sont propriétaires de l'immeuble qui abrite leur cabinet dentaire. Adressez-vous au CDSPI Services consultatifs Inc. pour demander un formulaire de demande ou téléchargez-le au [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com).

## RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

### Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (*en caractères d'imprimerie*) :  
Cocher une case :  Dr  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 cellulaire      Télécopieur
5. \_\_\_\_\_
- Courriel (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)

6. Langue de correspondance désirée :  Français  Anglais

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.

### Section 2 Partie à assurer

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

1. Nom (*en caractères d'imprimerie*) :  
Cocher une case :  Dr  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. Date de naissance : \_\_\_\_\_
- Jour      Mois      Année

4. Si la partie à assurer est une société, énoncez les noms de tous associés ou actionnaires intéressés, qui sont dentistes :

| Nom | Situation   | Année d'obtention du diplôme | Nom de l'université ou de la faculté dentaire |
|-----|---|------------------------------|---|
|     | <input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*<br><input type="checkbox"/> Membre de l'ADC |                              |   |
|     | <input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*<br><input type="checkbox"/> Membre de l'ADC |                              |   |
|     | <input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale*<br><input type="checkbox"/> Membre de l'ADC |                              |   |

\* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.

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

## Section 3 Assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> travail à pourcentage

### L'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> travail à pourcentage comprend :

l'assurance du contenu (15 000 \$ avec 1 000 \$ de franchise), l'assurance des pertes d'exploitation basée sur la perte réelle subie et l'assurance responsabilité civile des entreprises (5 millions \$). N.B. : Il n'y a pas de couverture en cas de perte ou de dommages attribuables à un tremblement de terre.

#### 1. Lieu à assurer (s'il diffère du lieu indiqué à la section 1) :

A. \_\_\_\_\_  
 Numéro et rue Bureau n°

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

B. \_\_\_\_\_  
 Numéro et rue Bureau n°

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

N.B. : S'il s'agit d'une demande d'assurance pour plus d'un emplacement, utilisez une page distincte pour dresser une liste de l'autre ou des autres emplacements et annexe la page en question à la présente.

#### 2. Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ Jour Mois Année

#### Clause de règle proportionnelle

Votre police d'assurance comporte une clause de règle proportionnelle de 90 %. Cela signifie que si vous subissez un sinistre partiel et que vous n'êtes pas assuré pour au moins le pourcentage de coassurance de la valeur actuelle du contenu de votre cabinet et des améliorations locatives, une pénalité sera imposée sur votre demande de règlement.

Nous vous recommandons d'assurer le contenu de votre cabinet et les améliorations locatives à 100 % du coût de remplacement afin d'éviter une situation où votre limite d'assurance serait insuffisante pour remplacer le montant total d'un sinistre.

#### 3. Voulez-vous l'assurance des pannes d'appareils? Moyennant une prime supplémentaire, cette assurance vous permet de protéger vos appareils mécaniques ou électriques qui vous appartiennent tels que les fauteuils de patient, les appareils de radiographie, les photocopieurs et ainsi de suite, au cas où ceux-ci auraient besoin d'être réparés ou remplacés en raison

d'une panne accidentelle et soudaine causée par un risque assuré, sous réserve d'une franchise de 1 000 \$. Si la panne d'appareils entraîne une perte de revenu, un délai de carence de huit heures s'applique. De plus, si une panne d'appareils, causée par un risque couvert, survient dans le cabinet où vous travaillez et entraîne une perte de revenu, votre revenu est assuré après les 8 premières heures de revenu perdu.

(Cochez au besoin)

#### 4. Assuré additionnel (p. ex. propriétaire des lieux, société de crédit-bail, uniquement si votre contrat ou bail exige qu'il soit nommé comme assuré additionnel dans le cadre de l'assurance responsabilité civile seulement) :

\_\_\_\_\_  
 Nom de l'assuré additionnel

\_\_\_\_\_  
 Numéro et rue Bureau n°

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

N.B. : Pour nommer d'autres assurés additionnels, joindre une feuille volante datée et signée.

#### 5. Sinistre payable : Nom et adresse du prêteur ou de la société de crédit-bail, s'il y a lieu, à désigner comme « bénéficiaire ».

\_\_\_\_\_  
 Nom du bénéficiaire

\_\_\_\_\_  
 Numéro et rue Bureau n°

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

N.B. : Pour nommer d'autres assurés additionnels, joindre une feuille volante datée et signée.

## Section 4 Antécédents de sinistres (Cochez absolument « Oui » ou « Non » pour que cette proposition soit traitée)

#### 1. Avez-vous, vous ou toute personne énoncée dans la question 1 (Section 1) ou la question 1 ou 4 (Section 2), présenté des sinistres touchant tout emplacement nommé dans la présente demande au cours des trois dernières années? Oui Non

Si « Oui », remplissez le tableau ci-dessous (joindre une feuille volante au besoin, datée et signée) :

| Type de sinistre (décrire) | Date du sinistre | Montant du sinistre (\$) | Décrivez les précautions préventives prises, s'il y a lieu, en vue de prévention de futurs sinistres |
|----------------------------|------------------|--------------------------|--|
|                            |                  |                          |  |
|                            |                  |                          |  |
|                            |                  |                          |  |
|                            |                  |                          |  |

# DÉCLARATION ET AUTORISATION

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

(Si le proposant est une société, un dentiste dûment autorisé devra signer au nom de la société.)

Je demande à Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada, l'assurance indiquée ci-dessus. Je certifie que les renseignements fournis par moi sont véridiques et complets et que 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 et j'en confirme mon accord. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Signature \_\_\_\_\_

Date : | | | | |  
          Jour Mois Année

 **AVIVA** L'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> est établie par Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada.

21-36-A 11/20

---

## 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'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 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).