

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente, appelez le : **CDSPI Services consultatifs Inc.** 1.800.561.9401, 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

**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).

**Conditions d'adhésion pour une nouvelle couverture** : Les dentistes doivent être membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante pour présenter une demande.

**Conditions d'adhésion pour une couverture existante** : Si vous augmentez le montant de votre couverture ou voulez modifier une police existante, il n'y a aucune condition d'adhésion.

## 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 ( <i>ou nom de la société</i> ) | 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 (travail)  Téléphone (domicile)
- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Téléphone (cellulaire) <input type="text"/> | Télécopieur <input type="text"/> |
|---|----------------------------------|
5. Adresse de courriel (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)

6. Préférence linguistique :  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 3 Assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> travail à pourcentage (continued)

4. Assurances supplémentaires :  
**Pour augmenter cette couverture, indiquez ci-dessous les suppléments demandés :**  
Couverture conditionnelle pour les copropriétés  
(100 000 \$ automatiquement inclus – couverture totale maximale de 500 000 \$)  
Choisir le montant demandé :
- 125 000 \$ (couverture totale)  
 150 000 \$ (couverture totale)  
 175 000 \$ (couverture totale)  
 200 000 \$ (couverture totale)  
 500 000 \$ (couverture totale)
5. 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.

\_\_\_\_\_  
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.

### 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](mailto: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](http://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](http://www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).

## 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 ( <i>décrire</i> )	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 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.

Signature \_\_\_\_\_

Date : | | | | |  
          Jour Mois Année