

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

18-

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes pour éviter les retards et renvoyez au :
CDSPI, 155, Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T8 Téléc. : 1.866.337.3389 ou 416.296.8920

N.B. : L'assurance du bâtiment est offerte moyennant une prime supplémentaire pour les 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.

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Section 1 Renseignements sur le proposant

- 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
- Particuliers seulement : Homme Femme
- Adresse postale :
Cocher une case : Au domicile Au travail

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal
- _____
Téléphone professionnel Téléphone personnel

Téléphone mobile Télécopieur
- _____
Adresse électronique (*svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition*)
- Langue de correspondance désirée : Français Anglais
- A. Numéro de compte, s'il est connu :

B. Fréquence de facturation désirée (*cocher une case*) :
 Actuelle
 Annuelle
 Trimestrielle
 Mensuelle*
 Prélèvement automatique bancaire*
 Prélèvement automatique par VISA/MasterCard*

* Pour effectuer des paiements mensuels, trimestriels ou annuels en vertu de cette option, vous devez remplir le formulaire Régimes de prélèvement automatique. Pour obtenir ce formulaire, visitez le www.cdspi.com.

N.B. : Des frais de traitement de 2,23 pour cent s'appliquent aux versements mensuels et trimestriels.

Section 2 Partie à assurer

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

- 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
- Particuliers seulement : Homme Femme
- Date de naissance :

Jour Mois Année

- 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* <input type="checkbox"/> Membre de l'ADC		
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale* <input type="checkbox"/> Membre de l'ADC		
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale* <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.

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 3 Assurance Trois-en-un^{MC} travail à pourcentage

Si vous demandez la couverture Trois-en-un^{MC} ordinaire, passez à la section 4.

Si vous êtes l'un des propriétaires du cabinet dentaire pour lequel vous demandez l'assurance, veuillez remplir la section 4.

L'assurance Trois-en-un^{MC} 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 \$).

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

3. Extension Éclosion pandémique[†] :

L'assurance Trois-en-un^{MC} inclut d'office une extension de couverture jusqu'à 1 000 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 20 000 \$) en cas de pandémie. (Voir le feuillet d'assurance Trois-en-un^{MC} pour plus de détails.) Pour demander une couverture supplémentaire, cochez une des cases suivantes :

Jusqu'à 2 500 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 50 000 \$)

Jusqu'à 5 000 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 100 000 \$)

[†] Par « éclosion pandémique », on entend la propagation d'une maladie infectieuse qui donne lieu à une maladie grave dont la prévalence est étendue au sein de la population humaine dans l'ensemble d'une région. La couverture Éclosion pandémique est offerte seulement au titre de l'assurance Trois-en-un^{MC} et ne peut pas être souscrite séparément.

4. **Voulez-vous l'assurance des pannes d'appareils?** Moyennant une prime supplémentaire, cette assurance vous permet de protéger vos appareils mécaniques ou électriques tels que les fauteuils de patient, les appareils d'analyse à rayon X, 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.

(Cochez au besoin)

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.

6. 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.

Sautez la section 4 et remplissez les sections 5 et 6.

Section 4 Assurance Trois-en-un^{MC}

L'assurance Trois-en-un^{MC} comprend :

l'assurance du contenu (jusqu'à concurrence du montant demandé), l'assurance des pertes d'exploitation basée sur la perte réelle subie et l'assurance RC des entreprises (5 millions \$).

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

Numéro et rue Bureau n°

Ville Province Code postal

2. Le lieu à assurer est-il (cocher une case) :

votre seul cabinet? ou

un cabinet de plus (2^e, 3^e, etc.)?

3. L'assurance demandée pour le lieu indiqué représente-t-elle (cocher une case) :

une nouvelle assurance à ce lieu? ou

une augmentation de la couverture actuelle de ce lieu?

4. Montant ici demandé pour la couverture du contenu (doit être un multiple de 5 000 \$ et un minimum de 50 000 \$) :

_____ \$
(en dehors de la couverture en vigueur)

5. Date d'entrée en vigueur :

Jour	Mois							Année	
6. Prévoyez-vous faire des rénovations considérables prochainement?
 Oui Non
 Si « Oui », veuillez contacter le CDSPI Services consultatifs Inc. pour en discuter.

7. Êtes-vous propriétaire de l'immeuble? Oui Non
 Si « Oui », indiquez la date de renouvellement de votre assurance du bâtiment :

Jour	Mois							Année	

8. Catégorie de bâtiment (*cocher une case*) :
- Ignifugé et non combustible** : Tout immeuble ou bâtiment entièrement construit avec des matériaux incombustibles, l'acier par exemple
- Toute autre construction** : Bâtiment à pans de bois, maçonnerie à murs en briques ou en béton avec des plafonds ou des planchers à solives de bois ou bâtiment construit avec des matériaux combustibles

N.B. : La franchise de 1 000 \$ pour les sinistres de l'assurance du contenu de la couverture Trois-en-un^{MC} est exonérée dans le cas de sinistres qui dépassent 5 000 \$. Toutefois, l'attribut « pas de franchise à payer » ne s'applique pas aux participants qui ont enregistré au moins trois sinistres dans les trois dernières années et qui sont taxés d'une franchise de 2 500 \$. Indépendamment de la franchise choisie pour autres types de sinistres, en cas de perte ou de dommages causés par un tremblement de terre, vous payez une franchise pour les sinistres touchant l'assurance du contenu et l'assurance des pertes d'exploitation qui représente un pourcentage (voir ci-après) du total assuré de votre couverture du contenu comme l'indique votre sommaire d'assurance.

Zones sismiques de la Colombie-Britannique (zones CRESTA 1 à 4) : La franchise pour un sinistre de tremblement de terre s'établit à 10 pour cent du montant assuré pour une couverture de **500 000 \$ ou moins**, sous réserve d'une franchise minimale de 100 000 \$ par sinistre pour une couverture de **500 000 \$ ou plus**.

Québec et le reste de la Colombie-Britannique : La franchise pour un sinistre de tremblement de terre s'établit à 5 pour cent du montant assuré pour une couverture de **500 000 \$ ou moins**, sous réserve d'une franchise minimale de 100 000 \$ par sinistre pour une couverture de **500 000 \$ ou plus**.

Reste du Canada : La franchise pour un sinistre de tremblement de terre s'établit à 5 pour cent du montant assuré pour une couverture de **500 000 \$ ou moins**, sous réserve d'une franchise minimale de 50 000 \$ par sinistre pour une couverture de **500 000 \$ ou plus**.

9. Assurances supplémentaires :
 N'indiquez ci-dessous que les suppléments demandés pour augmenter cette couverture. L'assurance Trois-en-un^{MC} comporte d'office 25 000 \$ de couverture pour chaque catégorie de risques ci-après sauf pour Espèces et titres dont la couverture est de 15 000 \$ (voir le feuillet d'assurance Trois-en-un^{MC} pour plus de détails).

Papiers précieux _____ \$
 Comptes clients _____ \$
 Espèces et titres _____ \$
 (25 000 \$ de couverture totale maximale)
 Détournement de fonds par des employés _____ \$
 (150 000 \$ de couverture totale maximale)

10. Extension Éclosion pandémique[†] :
 L'assurance Trois-en-un^{MC} inclut d'office une extension de couverture jusqu'à 1 000 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 20 000 \$) en cas de pandémie. (Voir le feuillet de l'assurance Trois-en-un^{MC} pour plus de détails.) Pour demander une couverture supplémentaire, cochez une des cases suivantes :
- Jusqu'à 2 500 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 50 000 \$)
- Jusqu'à 5 000 \$ par jour (jusqu'à une limite globale annuelle de 100 000 \$)

[†] Par « éclosion pandémique », on entend la propagation d'une maladie infectieuse qui donne lieu à une maladie grave dont la prévalence est étendue au sein de la population humaine dans l'ensemble d'une région. La couverture Éclosion pandémique est offerte seulement au titre de l'assurance Trois-en-un^{MC} et ne peut pas être souscrite séparément.

11. **Voulez-vous l'assurance des pannes d'appareils?** Moyennant une prime supplémentaire, cette assurance vous permet de protéger vos appareils mécaniques ou électriques tels que les fauteuils de patient, les appareils d'analyse à rayon X, 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.
- (Cochez au besoin)**

12. **A. 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. Suite à la page suivante... ►

12. B. Devez-vous fournir un avis de résiliation* de cette assurance à votre propriétaire? Oui Non

C. Si vous avez répondu « Oui » à la question 12.B., veuillez indiquer le nombre de jours exigé en ce qui concerne l'avis de résiliation : 15 jours ou 30 jours

*Lorsqu'une résiliation est demandée et qu'un avis de résiliation est exigé, votre assurance sera résiliée à la fin de la période de l'avis de résiliation en question (indiquée à la question 12. C. ci-dessus), à moins qu'une lettre de dégagement ne soit fournie par l'assuré additionnel concerné. Le CDSPI s'efforcera de poster l'avis de résiliation écrit au titulaire du sommaire d'assurance selon la période choisie.

13. 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 5 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 6 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^{MC} est établie par Aviva, Compagnie d'Assurance du Canada.

18-26 03/18

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. 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.

L'accès aux renseignements que vous fournissez au CDSPI ou au CDSPI Services consultatifs Inc. sera limité aux employés, mandataires, administrateurs, agents ou courtiers chargés de la sélection des risques, du marketing et de l'administration des services et du traitement, de l'aide et de l'enquête touchant les demandes de règlement et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Vous pouvez demander de vérifier les données personnelles qui figurent dans votre dossier détenu par le CDSPI ou le CDSPI Services consultatifs Inc. et y apporter des rectifications en écrivant au Chef de la protection des renseignements personnels, 155, Lesmill Road, Toronto (ON) M3B 2T8.