

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. Les dentistes qui travaillent à pourcentage ne sont pas couverts par l'assurance Trois-en-un^{MC} à l'intention des propriétaires d'un cabinet. Si vous travaillez à pourcentage, communiquez avec le 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

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
- _____
- Noméro 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 _____

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* <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.

2. Particuliers seulement : Homme Femme

3. Date de naissance :

Jour Mois Année

COUVERTURE DEMANDÉE

Section 3 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. Date d'entrée en vigueur :

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Jour Mois Année

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

_____ \$
(exclusion faite de la couverture en vigueur)

6. 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.

7. Prévoyez-vous faire des rénovations considérables prochainement?

- Oui Non

Si « Oui », veuillez contacter le CDSPI Services consultatifs Inc. pour en discuter.

8. Êtes-vous propriétaire de l'immeuble? Oui Non

Si « Oui », indiquez la date de renouvellement de votre assurance du bâtiment :

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Jour Mois Année

9. 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 **treblement 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 treblement de terre s'établit à 10 % 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 (exclusion faite des zones Cresta 1 à 4) : La franchise pour un sinistre de treblement de terre s'établit à 5 % 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 (exclusion faite du Québec et de la Colombie-Britannique) : La franchise pour un sinistre de treblement de terre s'établit à 5 % 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.

10. Assurances supplémentaires :

Pour augmenter cette couverture, indiquez ci-dessous les suppléments demandés :

Documents importants _____ \$
(50 000 \$ automatiquement inclus)

Comptes clients _____ \$
(50 000 \$ automatiquement inclus)

Espèces et titres _____ \$
(15 000 \$ automatiquement inclus - couverture totale maximale de 25 000 \$)

Détournement de fonds par des employés _____ \$
(25 000 \$ automatiquement inclus - couverture totale maximale de 150 000 \$)

Couverture conditionnelle pour les copropriétés
(25 000 \$ automatiquement inclus - couverture totale maximale de 100 000 \$)

Choisir le montant demandé :

- 50 000 \$ (couverture totale)
 75 000 \$ (couverture totale)
 100 000 \$ (couverture totale)

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 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.

(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.

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 dégageant 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.

Suite – **signature requise** à la dernière page. ►

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 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.

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. 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 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, allez sur notre page Web www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.