

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente, appelez le : **CDSPI Services consultatifs Inc.** 1.800.561.9401, Courriel : [cdspi@cdspi.com](mailto:cdspi@cdspi.com)

Veillez 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. Les dentistes qui travaillent à pourcentage ne sont pas couverts par l'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> 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](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 (*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 (travail)      Téléphone (domicile)

\_\_\_\_\_  
Téléphone (cellulaire)      Télécopieur

**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) -  
Veillez 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

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

**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.** Particuliers seulement : Date de naissance :

Jour			Mois			Année			

- 4.** Particuliers seulement : Numéro de permis provincial/de l'ADC (obligatoire) :  
 \_\_\_\_\_

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

Nom	Statut	Année d'obtention du diplôme	Nom de l'université ou de la faculté dentaire	Numéro de permis provincial/de l'ADC
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale* <input type="checkbox"/> Membre de l'ADC <input type="checkbox"/> Non-membre			
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale* <input type="checkbox"/> Membre de l'ADC <input type="checkbox"/> Non-membre			
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale* <input type="checkbox"/> Membre de l'ADC <input type="checkbox"/> Non-membre			

\* 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<sup>MC</sup>

### L'assurance Trois-en-un<sup>MC</sup> 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<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 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. 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.** : 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 15 % du montant assuré pour une couverture de 500 000 \$ ou moins, sous réserve d'une franchise minimale de 250 000 \$ 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 tremblement 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.

Reste du Canada (exclusion faite du Québec et de la Colombie-Britannique) : La franchise pour un sinistre de tremblement 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.

9. 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  
(100 000 \$ automatiquement inclus - couverture totale maximale de 200 000 \$)

Choisir le montant demandé :

- 125 000 \$ (couverture totale)  
 150 000 \$ (couverture totale)  
 175 000 \$ (couverture totale)  
 200 000 \$ (couverture totale)

**10. 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)**

**11.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 11. 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.

**12.** 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 ( <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

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

# 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

 **ZURICH**® L'assurance *Trois-en-un*<sup>MC</sup> est souscrite par Zurich Compagnie d'assurances SA (Direction canadienne).

22-36A 12/22

### 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).