

PROPOSITION

# Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> / Assurance des frais généraux

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, contactez : **CDSPi Services consultatifs Inc.**

1-800-561-9401 (sans frais) ou 416-296-9401, courriel : conseils@cdspi.com

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes afin d'éviter tout retard de traitement, et envoyez la proposition à :

**CDSPi**, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4 Téléc. : 1-866-337-3389 (sans frais) ou 416-296-8920

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [cdspi.com/accessibilite](http://cdspi.com/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

## Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une case :

Dr  M.  Mme  Mlle  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 mobile Télécopieur

5.

\_\_\_\_\_  
Adresse électronique (svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition)

6. A. Numéro de compte, s'il est connu :

6. 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.

6. 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.

7. Langue de correspondance désirée :  Français  Anglais

## Section 2 Personne à assurer

**Note :** Veuillez remplir cette section même si le proposant est la personne à assurer.

1. Nom du dentiste (en caractères d'imprimerie) :

Dr/Dre \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

2.  Homme  Femme

3.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

4. Date de naissance :          
J J M M A A A A

5. Pays de naissance : \_\_\_\_\_

6. CONFIRMER LA SITUATION :

Membre de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale\*

\* À l'exception de l'ACDQ au Québec (les dentistes du Québec doivent être membres de l'ADC).

Spécialité dentaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date d'obtention du diplôme :          
J J M M A A A A

Nom de l'université ou de la faculté dentaire : \_\_\_\_\_

7. Date à laquelle vous avez commencé à exercer à titre de dentiste :

J J M M A A A A

8. a) La dentisterie est-elle considérée comme votre emploi à temps plein?

Oui  Non

b) Nombre d'heures minimum : \_\_\_\_\_

c) Moyenne d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

9. a) Avez-vous d'autres activités professionnelles?  Oui  Non

b) Le cas échéant, veuillez indiquer le nom de tous vos autres emplois, vos tâches et le pourcentage du temps que vous consacrez à ces tâches.

10. a) Avez-vous déjà fait usage de produits du tabac ou de produits antitabagiques?<sup>‡</sup>  Oui  Non

Le cas échéant, veuillez donner des précisions : \_\_\_\_\_

b) Si vous fumez des cigares, veuillez indiquer le nombre de cigares fumés par mois : \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> **Note :** Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez utilisé aucune forme de produits du tabac ou de produits antitabagiques au cours des 12 mois précédant la signature de la présente proposition. Veuillez noter que l'assureur doit approuver l'application des taux pour non-fumeurs et que l'approbation dépend de votre situation relative à l'usage du tabac et de vos antécédents médicaux.

# COUVERTURE DEMANDÉE

## Section 3 Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>

1. Prestation mensuelle demandée (exclusion faite des couvertures en vigueur) par multiples de 100 \$ :

Délai de carence de 30 jours \_\_\_\_\_ \$  Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme

Délai de carence de 60 jours \_\_\_\_\_ \$  Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme

Délai de carence de 90 jours \_\_\_\_\_ \$  Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme

Délai de carence de 120 jours \_\_\_\_\_ \$  Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme

**Note** : Lorsque vous indiquez le montant de la prestation mensuelle demandée, ne tenez pas compte de toute couverture d'assurance invalidité existante. Par exemple, si vous avez actuellement 3 000 \$ d'assurance invalidité et vous demandez un supplément de couverture de 1 500 \$, inscrivez seulement 1 500 \$ sur les lignes réservées aux montants demandés. N'inscrivez pas le montant total de couverture que vous aurez une fois que votre proposition aura été approuvée.

2. Options relatives à la prestation mensuelle demandée. **Offertes uniquement au moment de la proposition initiale pour le régime d'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>. Veuillez vous reporter au feuillet du régime d'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> pour obtenir des précisions. Cocher au besoin :**

- Option Indexation au coût de la vie
- Option Garantie d'assurance
- Option Protection de la retraite (cocher une seule case)
- Option A** Versement mensuel de 500 \$
- Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme
- Option B** Versement mensuel de 1 000 \$
- Primes à taux progressif  Primes à taux uniforme
- (L'option B est uniquement offerte aux proposant dont le revenu annuel après frais professionnels mais avant impôts dépasse 100 000 \$.)

## Section 4 Assurance des frais généraux (FG)

Remplir la présente section vous aidera à calculer le montant d'assurance des frais généraux dont vous avez besoin pour votre part des frais. Seuls les frais relatifs à votre cabinet dentaire sont assurables.

1. Moyenne des frais mensuels d'ordre professionnel (votre part) par multiples de 100 \$ :

Services de comptabilité \_\_\_\_\_ \$

Intérêts payés sur un prêt, dépréciation/charges de location \_\_\_\_\_ \$

Primes d'assurances professionnelles \_\_\_\_\_ \$

Cotisations professionnelles \_\_\_\_\_ \$

Loyer/intérêts du prêt hypothécaire \_\_\_\_\_ \$

Salaires et avantages sociaux du personnel \_\_\_\_\_ \$

(Ne tenez pas compte de votre salaire ou de celui que vous versez à tout membre de votre profession, ou de tout partage du revenu avec un membre de la famille.)

Téléphone, Internet, service de réponse téléphonique, téléavertisseur \_\_\_\_\_ \$

Services publics (électricité, chauffage, blanchisserie, entretien du bureau) \_\_\_\_\_ \$

Autres frais fixes raisonnables et habituels engagés \_\_\_\_\_ \$

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

### Total des frais :

Votre part des frais généraux mensuels moyens totaux \_\_\_\_\_ \$

La couverture totale en vigueur et demandée ne peut pas dépasser ce montant.

2. Nombre d'employés :

Temps plein \_\_\_\_\_ Temps partiel \_\_\_\_\_

3. Montant d'assurance demandé (exclusion faite des couvertures en vigueur) par multiples de 100 \$ :

Délai de carence	Option de paiement #1 (Réduction)	Option de paiement #2 (Fixe)	Période d'indemnisation	Options
14 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12-mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24-mois	<input type="checkbox"/> Garantie d'assurance <input type="checkbox"/> Profession habituelle
14 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12-mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24-mois	<input type="checkbox"/> Garantie d'assurance <input type="checkbox"/> Profession habituelle
30 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12-mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24-mois	<input type="checkbox"/> Garantie d'assurance <input type="checkbox"/> Profession habituelle
30 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12-mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24-mois	<input type="checkbox"/> Garantie d'assurance <input type="checkbox"/> Profession habituelle

4. Je souhaite ajouter les options suivantes à ma couverture d'assurance des frais généraux en vigueur (cochez) :

Option	<input type="checkbox"/> Garantie d'assurance	<input type="checkbox"/> Profession habituelle
--------	---	--

**Note** : Les options Profession habituelle et Garantie d'assurance sont offertes moyennant une prime additionnelle. Veuillez vous reporter au feuillet du régime d'assurance des frais généraux pour obtenir des précisions.

# DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

## Section 5

## Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> / Assurance des frais généraux

Pour les résidents du Québec, ne remplissez cette boîte que si vous détachez la section 5 (voir la note à la fin de la section 5) :

Nom de la personne à assurer :

Date de naissance :

Date de signature de la proposition :

Nom de famille

Prénom

J	J	M	M	A	A	A	A

J	J	M	M	A	A	A	A

**ATTENTION** : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques.\*

\*Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

OUI NON

**Avez-vous :**

1. Déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, ou encore acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime?

Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris la date, le nom de la compagnie et la raison : \_\_\_\_\_



2. a) Au cours des cinq dernières années, été accusé ou déclaré coupable de conduite imprudente ou dangereuse, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué?

Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris le nombre d'accusations et de condamnations, ainsi que la date de la dernière condamnation.

En cas de suspension ou de révocation du permis de conduire, veuillez préciser la date à laquelle il a été suspendu ou révoqué : \_\_\_\_\_



b) Au cours des trois dernières années, été accusé ou condamné pour avoir commis au moins deux infractions au Code de la route? (Par exemple, excès de vitesse, omission de s'arrêter, infraction relative au port de la ceinture de sécurité, distraction au volant ou défaut de se soumettre à l'alcootest.)

Le cas échéant, veuillez préciser la nature de l'infraction ou des infractions, le(s) date(s), ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice : \_\_\_\_\_



**Avez-vous :**

3. L'intention de piloter un aéronef, de faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile, de l'alpinisme ou de pratiquer toute autre activité dangereuse? Le cas échéant, veuillez préciser le type d'activité pratiquée et les dates : \_\_\_\_\_



4. Au cours des 12 prochains mois :

**prévoyez-vous :**

a) De voyager hors du Canada ou des États-Unis d'Amérique?

Le cas échéant, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour : \_\_\_\_\_



b) De changer de pays de résidence?

Le cas échéant, veuillez préciser le lieu, la date et la raison du déménagement, et indiquez si vous changerez de profession : \_\_\_\_\_



5. Au cours des cinq dernières années :

**Avez-vous :**

a) Pris des médicaments à des fins autres que médicales ou fait usage de marijuana, ou avez-vous consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie?

Le cas échéant, veuillez préciser le(s) type(s) de drogues ou d'alcool, ainsi que la (les) date(s) des dernières consommations : \_\_\_\_\_



b) Été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel?

Le cas échéant, veuillez fournir des précisions : \_\_\_\_\_



c) Déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire?

Le cas échéant, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite : \_\_\_\_\_

**Section 5****Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>/Assurance des frais généraux (suite)**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse et numéro de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Date, raisons et résultats de la dernière consultation et, s'il y a lieu, traitement ou médicament prescrit : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_  pi/po  m/cm Poids : \_\_\_\_\_  lb  kgVotre poids a-t-il changé au cours de la dernière année?  Oui  Non Le cas échéant : \_\_\_\_\_ Gain  lb  kg Perte \_\_\_\_\_  lb  kg

Raison du changement : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

	OUI	NON
6. A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère ou l'un de vos frères ou sœurs :		
a) Une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un cancer avant l'âge de 60 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La chorée de Huntington, la polykystose rénale ou une autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou une autre maladie du motoneurone, le diabète, l'hépatite, et rétinite pigmentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « Oui » à la question a) ou b) ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après :

Membre de la famille	Affection (en cas de cancer, précisez le type)	Âge au début de l'affection	Âge au décès (s'il y a lieu) et cause

**VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

	OUI	NON
7. Avez-vous déjà ressenti les symptômes de l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un de ces troubles :		
a) <b>Trouble touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins</b> – angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques, ou essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, mauvaise circulation, enflure des chevilles ou autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>Trouble lié au nez, à la gorge ou aux poumons</b> , notamment : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique ou récidivante, emphysème, sarcoïdose, apnée du sommeil, tuberculose ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>Trouble abdominal</b> , notamment : cirrhose, colite, maladie de Crohn, diverticulite, hémorragie gastro-intestinale, reflux gastro-intestinal, hépatite (active ou à l'état de porteur), syndrome du côlon irritable, maladie du foie, pancréatite, ulcère ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Affection rénale, trouble urinaire ou trouble de l'appareil reproducteur, notamment</b> : résultat anormal du test Pap, infection urinaire, calcul rénal, néphrite, prostatite ou autre trouble de la prostate, protéines dans les urines, infection des voies urinaires, présence de sucre ou de sang dans les urines, fibromes utérins, polykystose rénale, autre trouble des reins ou de la vessie, autre trouble de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <b>Trouble mammaire</b> , notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques, ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <b>Trouble touchant le système cérébral ou nerveux</b> , notamment : étourdissements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, engourdissements ou fourmillements, évanouissements ou syncope, épilepsie, tremblements, vertiges, paralysie ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <b>Trouble visuel ou auditif</b> , notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <b>Trouble de santé mentale, notamment</b> : dépression, angoisse, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles émotifs ou alimentaires, ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <b>Trouble sanguin ou glandulaire, notamment</b> : diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose), glycémie anormale, anémie, prédisposition aux hémorragies, goutte, hémophilie, troubles des ganglions lymphatiques, troubles de la thyroïde ou autres troubles endocriniens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) <b>Problème lié aux muscles, aux os et aux articulations</b> , notamment : fatigue chronique, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, polyarthrite rhumatoïde ou arthrose, paralysie ou faiblesse, blessure ou trouble liés aux muscles, aux os, aux articulations ou à la colonne vertébrale causant des limitations ou des restrictions physiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) <b>Affection cutanée</b> , notamment : carcinome basocellulaire, nævus dysplasique, syndrome du nævus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nævus ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) <b>Anomalie du système immunitaire</b> , notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au virus du sida, ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) <b>Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) <b>Toute autre maladie ou affection non mentionnée ci-dessus</b> , ou préoccupation ou symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Section 5****Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>/Assurance des frais généraux (suite)**

	OUI	NON																
<b>8. Si vous êtes une femme, a) êtes-vous enceinte?</b> Le cas échéant, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
b) Quel était votre poids avant la grossesse? <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg																		
c) Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Le cas échéant, veuillez donner des précisions : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<b>9. Au cours des cinq dernières années :</b>																		
a) Vous a-t-on dit que vous souffriez de troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour des troubles de cette nature, notamment : discopathie, douleur, foulure, entorse, sciatique ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
b) Avez-vous eu des radiographies (notamment de la colonne ou des articulations) ou avez-vous subi un électrocardiogramme (ECG), des analyses sanguines, des radiographies ou toute autre épreuve diagnostique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
c) Vous a-t-on conseillé une épreuve diagnostique, une consultation, une hospitalisation ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
d) Avez-vous été hospitalisé ou invalide pour des raisons médicales pendant plus de deux semaines consécutives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
e) Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé (entre autres, un chiropraticien, un psychologue, un psychiatre, un physiothérapeute, un ophtalmologiste, un naturopathe ou tout autre travailleur de la santé) pour quelque raison que ce soit, y compris des examens de santé de routine ou annuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<b>10. Avez-vous été vacciné avec succès, c'est-à-dire immunisé, contre l'hépatite B?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Le cas échéant, veuillez indiquer la date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>									J	J	M	M	A	A	A	A		
J	J	M	M	A	A	A	A											
Si la réponse est « Non », veuillez fournir des précisions _____ _____																		
<b>11. Au cours des deux dernières années :</b>																		
a) Avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
b) Avez-vous consulté un spécialiste, vous êtes-vous fait prescrire des médicaments, avez-vous subi un autre traitement ou avez-vous été suivi (counseling) pour un autre trouble qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
c) Vous a-t-on recommandé de vous soumettre à d'autres investigations, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
d) Êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre profession en raison d'une blessure ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

**AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – Cette partie doit être détachée, lue et conservée par la personne assurée**

Les renseignements se rapportant à votre assurabilité sont confidentiels. Manuvie ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport à MIB Inc. (anciennement connu sous le nom de Bureau de renseignements médicaux), un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou soins médicaux ou une demande de règlement à une société membre, MIB lui fournira, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. Manuvie ou ses réassureurs peuvent communiquer les renseignements figurant dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous présentez une demande d'assurance vie ou d'assurance soins médicaux ou une demande de règlement. Si vous lui en faites la demande, MIB vous communiquera l'information qui figure dans votre dossier. Pour joindre MIB, composez le 416 597-0590. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements qui figurent dans votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander qu'ils soient corrigés. Voici leur coordonnées : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Les personnes désirant obtenir des renseignements sur MIB peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

## Section 5

## Assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>/Assurance des frais généraux (suite)

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions de la section Vos renseignements médicaux, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille volante signée et datée.

### PRÉCISIONS SUR VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro de la question	Nature du trouble	Date et durée	Traitement (s'il n'y en a pas eu, indiquez « aucun ») et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

**Pour les résidents du Québec seulement :** Une fois votre proposition remplie et envoyée au CDSPI, la section 5 sera détachée et transmise à Manuvie, sans qu'une copie soit conservée dans les bureaux du CDSPI. Toutefois, vous avez le choix de détacher et d'envoyer la section 5 du présent formulaire directement à l'assureur, Manuvie. Si vous le souhaitez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement la section 5 à l'adresse suivante : Marchés des groupes à affinités - Tarification, Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. Toutes les autres sections de la demande dûment remplies doivent être envoyées au : CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4.

Cette proposition ne sera pas considérée comme complète si la Déclaration d'assurabilité n'est pas dûment remplie, datée et signée quand elle est reçue par Manuvie.

**Résidents du Québec :** Si vous détachez la section 5 pour l'envoyer directement à Manuvie, inscrivez ci-dessous le nom de la personne à assurer, sa date de naissance et le numéro de membre de l'ADC du proposant énoncé à la section 1.

Nom de la personne à assurer :

N° de membre de l'ADC (proposant) :

Date de naissance (personne à assurer) : Date de signature de la proposition :

Nom de famille

Prénom

J	J	M	M	A	A	A	A	J	J	M	M	A	A	A	A						

### AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ — À LIRE, DÉTACHER ET CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements :

Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C.P. 1602, Succursale postale 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

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

## Section 6

## Renseignements financiers de la personne à assurer

Le revenu annuel gagné comprend le revenu que vous gagnez dans le cadre de tout emploi ou provenant de toute entreprise ou cabinet professionnel (à l'exception du revenu non gagné ou de revenus de placement comme les rentes, les intérêts, les dividendes, etc.) déduction faite des frais d'entreprise mais avant les impôts sur le revenu.

1. Date de fin de l'exercice financier du cabinet : 

J	J	M	M	A	A	A	A

2. Revenu annuel gagné :	Depuis le début de l'année en cours	Fin de l'exercice précédent	Fin de l'exercice – deux ans avant
<b>A.</b> Votre revenu gagné brut (toutes sources confondues) incluant le salaire, les honoraires, les commissions et les bonis :	\$	\$	\$
<b>B.</b> Moins le total annuel de tous vos frais professionnels :	\$	\$	\$
<b>C.</b> Revenu annuel gagné net, déduction faite des frais mais avant impôts :	\$	\$	\$

3. <input type="checkbox"/> Propriétaire unique	<input type="checkbox"/> Société en nom collectif	<input type="checkbox"/> Associé	<input type="checkbox"/> Employé (autre qu'un employé de votre société)
<input type="checkbox"/> Société	Si votre cabinet est constitué en société, indiquez le pourcentage de vos droits de propriété : _____ % Si vous êtes employé-actionnaire d'une société professionnelle par actions ou un associé, indiquez le pourcentage de vos droits de propriété : _____ % Nombre total d'associés, d'actionnaires ou de partenaires dans votre cabinet : _____ Si les frais sont partagés, quelle est votre part? _____ %		
<input type="checkbox"/> Travailleur autonome	Si vous êtes travailleur autonome, depuis quand? mois _____ année _____ Si vous êtes travailleur autonome depuis moins de deux ans, veuillez donner des précisions sur votre structure d'emploi antérieur : _____  Si vous êtes travailleur autonome, quel pourcentage de votre revenu provient de tout emploi autre que de l'exercice de la dentisterie? _____ %		

	OUI	NON
4. Au cours des 12 prochains mois : Attendez-vous un changement dans la structure de votre emploi, de vos finances ou de votre entreprise? Le cas échéant, veuillez donner des précisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Votre revenu non gagné (placements, intérêts, rente, etc.) dépasse-t-il 30 000 \$ ou 15 % de votre revenu gagné total? Le cas échéant, veuillez indiquer le montant de votre revenu non gagné pour : l'année courante _____ l'année précédente _____ Source(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
7. Est-ce qu'un revenu vous sera versé ou continuera de vous être versé si vous devenez invalide? Le cas échéant, indiquez le montant annuel que vous recevrez _____ \$ Source(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre valeur nette dépasse-t-elle 5 000 000 \$? (Valeur nette : actif moins passif, sauf les éléments d'actif à usage personnel comme la résidence, les automobiles et les bijoux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PREUVE DU REVENU :** Applicable à l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>

Si le total de votre couverture auprès de toutes les compagnies dépasse 4 000 \$ par mois, veuillez fournir une copie de votre dernière déclaration personnelle de revenus (un avis de cotisation n'est pas acceptable). Si votre cabinet est constitué en société, veuillez fournir une copie de toutes les pages de son dernier état financier. Si vous achetez un cabinet existant, veuillez fournir également une copie de toutes les pages du dernier état financier de ce cabinet.

**NOTE :** Si vous êtes un dentiste spécialiste et exercez depuis 2 ans ou moins après avoir obtenu votre diplôme d'un programme de spécialité dentaire, aucune preuve de revenu n'est exigée pour une assurance invalidité de 6 000 \$ par mois au total auprès de toutes les compagnies\*.

**PREUVE DES FRAIS :** Applicable à l'assurance des frais généraux (FG)

Si le **total\*** de votre couverture d'assurance FG dépasse 4 000 \$ par mois, veuillez fournir une copie de votre dernier état des résultats. Ce document devrait être préparé par un comptable et présenter les résultats d'au moins 6 mois. Si vous achetez un cabinet existant, veuillez fournir également une copie de toutes les pages du dernier état financier de ce cabinet.

**NOTE :** Si vous êtes un dentiste spécialiste et exercez depuis 2 ans ou moins après avoir obtenu votre diplôme d'un programme de spécialité dentaire, aucune preuve de frais n'est exigée pour une assurance FG de 6 000 \$ par mois au total auprès de toutes les compagnies\*.

\* Total auprès de toutes les compagnies = toutes les couvertures actuelles et demandées auprès de toutes les compagnies.

## Section 7 Autre assurance

1. Détenez-vous actuellement ou avez-vous fait simultanément une demande d'assurance maladie ou accident (y compris une assurance invalidité par l'entremise de votre employeur), d'assurance des frais généraux ou de Protection retraite, dans le cadre de contrats individuels ou collectifs, ou de contrats de travail ou de société, autrement que dans le cadre du Régime d'assurance des dentistes du Canada?  Oui  Non Le cas échéant, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Compagnie d'assurance ou régime	Montant de la prestation mensuel (\$)	Type de couverture	Délai de carence	Période d'indemnisation (p. ex. 5 ans, jusqu'à 65 ans)	Prestations imposables?	Remplacez-vous cette couverture?
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**NOTE :** Si vous prévoyez de remplacer la couverture en vigueur, ne la résiliez pas avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. Au Québec, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé, et nous pourrions ne pas être en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

# DÉCLARATION ET AUTORISATION

## Section 8

### Cette section doit être lue, signée et datée par le proposant (et la personne à assurer s'il ne s'agit pas du proposant)

Si la présente proposition est approuvée, le proposant recevra une brochure-certificat dans laquelle figure le détail et les restrictions de la couverture.

Je demande par la présente à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance indiquée ci-dessus en vertu des contrats collectifs établis dans le cadre du CDSPI.

En tant que signataire(s), j'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans la présente proposition, notamment la Déclaration d'assurabilité, sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire ou document signé ou fourni par moi/nous relativement à la présente proposition, la base de tout certificat d'assurance établi. Il est entendu que toute déclaration mensongère sur des faits importants faite au moment de la proposition, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Il est entendu que l'assurance prendra effet à la date à laquelle Manuvie approuvera la proposition dûment remplie, à condition que la personne à assurer soit effectivement au travail à cette date et que la première prime soit acquittée dans les 30 jours suivant l'établissement du relevé de primes. Il est entendu que tout renseignement relatif à l'état de santé doit être exact à la date de signature de la proposition.

Je déclare avoir reçu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et l'Avis sur la communication des renseignements personnels, et j'en accepte les conditions.

En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné, la personne à assurer, autorise par la présente les médecins, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux autorisés, MIB Inc., les compagnies d'assurance, les administrateurs de contrat, les promoteurs de régime, les organismes d'enquête et de sécurité, les agents, courtiers ou intermédiaires de marché, les organismes d'État ou autres organismes ou personnes (y compris mon comptable) possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ou mes finances à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à ces fins. Je déclare/nous déclarons avoir été informé(s) des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages que présente un consentement ou un refus. Il est entendu que le consentement peut être révoqué en tout temps et que si, en raison d'une telle révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

**NOTE :** L'admissibilité à la couverture ou au supplément de couverture se limite aux citoyens canadiens et aux résidents permanents du Canada qui sont membres de l'ADC ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale participante (au Québec, seuls les membres de l'ADC sont admissibles).

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer (si différente du proposant)      Date 

J	J	M	M	A	A	A	A

      Fait à Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant      Date 

J	J	M	M	A	A	A	A

      Fait à Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_

**RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :** Si vous avez choisi d'envoyer la section 5 directement à Manuvie, veuillez indiquer la date d'envoi :

Date  

J	J	M	M	A	A	A	A



SolutionInvalidité<sup>MC</sup> est une marque de commerce de CDSPI.

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

<sup>MD</sup> Marque de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.