

# Application Form / Formulaire de proposition 2010

**Coverage/Protection: \$ 1,000,000**

**Cost / Coût : \$28.00** (\$18.50 premium and \$9.50 administrative fee/prime de 18,50\$ et frais d'administration de 9,50\$).

\* We do not accept post dated cheques. Nous n'acceptons pas les chèques post datés.

**\*\*IMPORTANT\*\***

*I hereby understand that the Malpractice Insurance will only be in effect whilst I am practicing Dental Assistant and/or Dental Business Administration for the term of February 1, 2010 through January 31, 2011.*

*Par la présente, je déclare comprendre que l'assurance civile professionnelle n'est en vigueur que durant l'exercice de mes fonctions à titre d'assistant(e) dentaire et/ou d'administrateur(trice) en cabinet privé en soins dentaires pour la période du 1<sup>er</sup> février, 2010 au 31 janvier, 2011.*

Signature: \_\_\_\_\_

Name / Prénom: \_\_\_\_\_ Middle / Second Prénom: \_\_\_\_\_

Family Name / Nom de famille: \_\_\_\_\_

Address / Adresse: \_\_\_\_\_

City / Ville: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Postal Code postal: \_\_\_\_\_

Telephone / Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail / Courriel: \_\_\_\_\_

Method of Payment / Mode de paiement:

MC

VISA

Cheque/MO/Mandat

Please make cheque payable to the CDAA.  
Rendez svp les chèques payables au l'ACAD

Card Number: \_\_\_\_\_ Expiry Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Numéro de carte:

Cardholder / Nom du titulaire de la carte: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Cardholder Phone / Téléphone du nom du titulaire: \_\_\_\_\_

Cardholder Address (if different from above): \_\_\_\_\_

Adresse : (si différent en haut)

**Mail or fax to / Postez ce formulaire ou envoyez-le par télécopieur à:**



**CDAA/ACAD Insurance  
203-2255 St.Laurent Blvd.  
Ottawa, ON K1G 4K3**

**Fax /Télec: 1-888-683-2322  
Email/courrielle: info@cdaa.ca**