



Confirmation de l'assurance par l'employeur

Merci de prendre un moment pour compléter ce formulaire. Avec ce formulaire, vous confirmez que vous n'êtes pas en pratique privée et que vous êtes couvert par une politique d'assurance professionnelle d'un employeur.

Renseignements sur le demandeur

Nom: _____

Adresse: _____

Si vous êtes employé, veuillez indiquer votre position: _____

Téléphone: _____ Corriel: _____

Information de l'employeur

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Corriel: _____

Remarque: Si vous êtes accepté comme membre du Collège et que vous décidez de vous engager dans une pratique privée, vous devez acheter un assurance responsabilité d'un montant de 2 millions de dollars ou plus et nous en fournir une preuve.

Declaration

Je suis couvert par une politique d'assurance professionnelle d'un employeur.

Signature: _____ Date: _____
signature du demandeur

Signature: _____ Date: _____
signature de l'employeur