

# 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*

Veuillez soumettre ce formulaire par courrier postal ou par courriel :

College of Licensed Counselling Therapists of New Brunswick  
205-236 rue St. Georges Street, Moncton, NB E1C 1W1

[info@cctnb.ca](mailto:info@cctnb.ca)