



CANADIAN LIFE INSURANCE MEDICAL OFFICERS ASSOCIATION

L'ASSOCIATION CANADIENNE des DIRECTEURS MÉDICAUX en ASSURANCE-VIE

DEMANDE D'ADHÉSION

Catégorie de membre :

Actif (200 \$/an) Associé (100 \$/an) Émérite (35 \$/an)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Titre ou poste : _____

Entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Ville : _____ Province/État : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse postale : Même que ci-dessus Utiliser plutôt l'adresse ci-dessous

Adresse : _____

Ville : _____ Province/État : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Années d'expérience dans l'industrie de l'assurance : _____ ans

Résumez vos activités professionnelles et votre implication dans l'industrie de l'assurance :

Si c'est à temps partiel, combien d'heures consacrez-vous au domaine de l'assurance? _____ heures/sem.

Quelles autres fonctions avez-vous exercées? (p. ex. compagnie d'assurances, industrie, université, etc.)

École de médecine : _____ Année de promotion : _____

Êtes-vous autorisé à pratiquer la médecine dans la province ou le territoire où vous travaillez? OUI NON

Quel est votre domaine de spécialisation en médecine clinique (le cas échéant)? _____

Certificats détenus et bourses d'études :

Programme/année : _____

Programme/année : _____

Quel est votre domaine de spécialisation dans les organisations d'assurances? _____

Quelles sont les autres organisations médicales ou d'assurances dont vous êtes membre? _____

Votre signature _____ Date _____

Ce formulaire de demande doit également être signé par deux (2) parrains membres de l'ACDMAV avant d'être acheminé au secrétariat de l'Association à l'adresse qui figure à la toute fin.

PARRAIN 1

Nom : _____ Entreprise : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Comment avez-vous rencontré le candidat? _____

Signature du parrain _____ Date _____

PARRAIN 2

Nom : _____ Entreprise : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Comment avez-vous rencontré le candidat? _____

Signature du parrain _____ Date _____

Si vous ne connaissez aucun membre de l'ACDMAV qui soit en mesure de vous parrainer, donnez les coordonnées de deux (2) personnes au sein d'autres organisations œuvrant dans le milieu de la médecine d'assurance, comme l'American Academy of Insurance Medicine ou l'American Council of Life Insurers. Vous pouvez aussi nommer deux (2) personnes travaillant au sein de votre entreprise, clinique ou faculté.

MERCI DE RETOURNER CE FORMULAIRE AVEC VOTRE CHÈQUE (À L'ORDRE DE L'ACDMAV) À L'ADRESSE QUI SUIT :

Secrétariat de l'ACDMAV
a/s Unconventional Planning
32, chemin Colonnade, bureau 100
Ottawa (Ontario) K2E 7J6
CANADA

DES QUESTIONS? Contactez-nous : climoa@unconventionalplanning.com ou 613-721-7061