



## Site Web :

---

J'accepte d'informer l'**Association** de toute modification mes coordonnées personnelles dans les trente (30) jours suivant cette modification. **(S'il vous plaît coché la case pour fournir un accord)**

J'accepte d'informer l'**Association** de tout changement de statut enregistré auprès de mon collège de réglementation des massothérapeutes dans les trente (30) jours suivant ce changement. **(S'il vous plaît coché la case pour fournir un accord)**

## Veillez fournir

- Une copie de votre certificat de secourisme et RCR (copie)
  - Le rapport de vérification du casier judiciaire ((copie)
  - Une preuve d'obtention de votre diplôme OU d'adhésion à un Collège de massothérapie d'une province légiférée, s'il y a lieu (copie)
  - ECOS et ECM résultats (lettres de confirmation PDF) \*Candidats du Nouveau-Brunswick
  - Deux pièces d'identité émises par le gouvernement (une pièce doit être une pièce d'identité avec photo)
  - Formulaire de demande d'assurance OU une preuve de souscription à une police d'assurance responsabilité et négligence professionnelle (copie de la police), s'il y a lieu
- 

## Frais d'adhésion

Voir le Tableau ci-dessous

## Assurance

Pour de plus amples renseignements sur ces polices d'assurance, veuillez consulter le site web de l'ANBMT, au [www.anbmt.ca](http://www.anbmt.ca) et cliquez sur « Formulaires », puis sur « Assurance Enregistrement/Renouvellement », puis sur « Lackner McLennan ».

Si vous souscrivez à une police d'assurance autre que celle de Lackner McLennan, **veuillez remplir la partie suivante et inclure une copie de la police d'assurance :** (lettres moulées, SVP)

Par la présente, je certifie que j'ai souscrit à une police d'assurance responsabilité et négligence professionnelle d'un montant de \_\_\_\_\_ \$ avec \_\_\_\_\_ qui est valide jusqu'au \_\_\_\_\_.

### **Information sur la compagnie d'assurance**

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Personne contact : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance: \_\_\_\_\_

Veillez remplir le Tableau ci-dessous et envoyez le paiement **combinant** les frais d'adhésion et d'assurance à l'ANBMT.

<b>FRAIS D'ADHÉSION ANBMT + ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE</b>				
*L'année d'adhésion de l'ANBMT commence le 1er octobre et se termine le 30 septembre de l'année suivante.				
<b>Mois d'adhésion initiale</b>	<b>Frais d'adhésion à l'ANBMT (\$)</b>	<b>Frais d'assurance responsabilité professionnelle Lackner McLennan (\$)</b>	<b>Frais d'administration du programme d'assurance (\$)</b>	<b>Frais de membre ANBMT + Frais d'assurance responsabilité professionnelle (\$)</b>
Octobre*	195,00* \$	108,00* \$	5,00* \$	308,00* \$
Novembre	178,75 \$	99,00 \$	5,00 \$	282,75 \$
Décembre	162,50 \$	90,00 \$	5,00 \$	257,50 \$
Janvier	146,25 \$	81,00 \$	5,00 \$	232,25 \$
Février	130,00 \$	72,00 \$	5,00 \$	207,00 \$
Mars	113,75 \$	63,00 \$	5,00 \$	181,75 \$
Avril	97,50 \$	54,00 \$	5,00 \$	156,50 \$
Mai	81,25 \$	45,00 \$	5,00 \$	131,25 \$
Juin	65,00 \$	36,00 \$	5,00 \$	106,00 \$
Juillet	48,75 \$	27,00 \$	5,00 \$	80,75 \$
Août	32,50 \$	25,00 \$	5,00 \$	62,50 \$
Septembre	16,25 \$	25,00 \$	5,00 \$	46,25 \$

**Total des paiements** (veuillez additionner les montants appropriés dans le Tableau ci-dessous)

<b>Type</b>	<b>Montant (\$)</b>	<b>Paiement Total (\$)</b>
Membre provisoire	Voir le Tableau	
Assurance responsabilité LM	Voir le Tableau	
Assurance pour modalité supplémentaire	(Demander le montant)	
<b>Paiement Total (\$)</b>		

### **Politique de remboursement - Cotisations et frais**

Toutes les cotisations et droits des membres (assurance responsabilité professionnelle) sont intégralement conservés.

1. Les cotisations des membres de l'ANBMT sont entièrement conservées et ne sont pas remboursables.
2. La prime de la police d'assurance responsabilité professionnelle est entièrement conservée par Lackner McLennan Insurance (LMI) et n'est pas remboursable.
3. Des frais d'administration de 5,00 \$ sont inclus dans la prime d'assurance responsabilité professionnelle pour l'administration du programme de l'ANBMT. Ces frais sont entièrement conservés par l'ANBMT.
4. Frais de PayPal - Des frais de transaction sont inclus par PayPal lors de l'utilisation de cette méthode (paiement par carte de crédit). L'ANBMT n'est pas en mesure de traiter les paiements directs par carte de crédit. Si un remboursement est demandé et accordé, le remboursement sera basé sur le montant payé moins les frais de transaction PayPal.

5. Des frais administratifs de 20,00 \$ seront facturés pour tout chèque NSF (chèque sans provision) retourné à l'ANBMT.

### **Notes importantes concernant les cotisations et les frais des membres**

- L'année d'adhésion à l'ANBMT commence le 1er octobre et se termine le 30 septembre de l'année suivante.
- Toutes les cotisations et les frais doivent être versés directement à l'ANBMT.
- Les cotisations et les frais sont calculés au prorata chaque mois après le 1er octobre.
- Les plans de paiement peuvent être accordés dans des circonstances atténuantes. Le Conseil d'administration décidera si une prolongation est accordée.
- Les plans de paiement ne sont pas autorisés pour la couverture de l'assurance responsabilité professionnelle. Cette taxe est recueillie au nom du MTA. Elle est retenue et ensuite remise à Lackner McLennan Insurance Ltd (LMI).
- L'ANBMT n'est pas en mesure de traiter les paiements directs par carte de crédit.
- Les méthodes de paiement acceptées sont:
  - a. Le transfert électronique (E-transfer);
  - b. PayPal (paiements par carte de crédit);
  - c. Chèque; ou
  - d. Mandat postal

### **Avis importants concernant les façons de paiement**

- Veuillez payer **TOUS** les frais à « ANBMT », inclus le paiement de l'assurance responsabilité et négligence professionnelle de Lackner McLennan Ltd. C'est un **paiement combiné**.
- Pour des paiements venant de l'intérieur du Canada, vous pouvez utiliser des chèques réguliers. Si vous faites un paiement venant de l'extérieur du Canada (ex. États Unis), veuillez envoyer un mandat-chèque émis en \$can. Les banques canadiennes n'acceptent pas les chèques de pays étrangers.
- À partir de maintenant, vous pouvez transférer vos paiements (adhésion et assurance, tout en un paiement) directement par transaction électronique! Veuillez simplement utiliser l'adresse courriel de l'ANBMT ([anbmt@anbmt.ca](mailto:anbmt@anbmt.ca)). Pour la question de sécurité demandez tout juste quel est votre numéro de l'ANBMT (en d'autres mots : Quel est mon numéro de l'ANBMT?).
- Si vous payez vos frais en utilisant PayPal (l'unique option d'utilisation de carte de crédit), visitez le site web de l'ANBMT, à : [anbmt@anbmt.ca](mailto:anbmt@anbmt.ca), puis cliquez sur « Membres », puis « Cotisations ». Là vous trouverez des Tables présentant les différentes options de paiement. Veuillez cliquer sur « Buy Now » dans la rangée correspondant à votre paiement, puis suivez les directives (uniquement en anglais). *Veuillez également envoyer le formulaire de renouvellement d'adhésion indiquant que vous avez payé avec PayPal.*

### **Déclaration**

**Vous êtes obligés de répondre aux questions suivantes.**

1. Avez-vous été trouvé coupable ou chargé et trouvé non coupable ou avez-vous été acquitté d'un délit criminel?  Oui  Non
2. Avez-vous jamais fait l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité ou toute autre poursuite de ce genre dans le cadre de cette profession ou d'une autre profession de santé?  Oui  Non
3. Faites vous présentement l'objet d'une procédure contre vous concernant des allégations de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité ou de ce genre dans le cadre de cette profession ou d'une autre profession de santé  Oui  Non

4. Avez-vous déjà été un membre avec mauvaise réputation (« not in good standing ») dans un Collège ou une Association de massothérapie  Oui  Non  Sans Objet

Par la présente, j'autorise l'Association néo-brunswickoise de Massothérapeutes à engager toutes les recherches sur moi qu'elle trouve appropriée dans le cadre de cette demande. Je reconnais que je n'aurais pas rempli les obligations concernant les normes et les qualifications d'adhésion si, dans le cadre de cette demande ou de demandes antérieures, j'ai fais des déclarations fausses ou trompeuses par ce que j'ai mentionné ou par ce que j'ai omis de mentionné.

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

---

Nom complet du demandeur (lettres moulée SVP)

---

Signature du demandeur