

POUR QUEL STATUT FAITES-VOUS UNE DEMANDE D'INSCRIPTION? FELLOW ASSOCIÉ CORRESPONDANT AFFILIÉ
 AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UNE DEMANDE D'INSCRIPTION POUR CE STATUT? NON OUI, ANNÉE : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PEUVENT ÊTRE PUBLIÉS DANS LE RÉPERTOIRE PUBLIC : OUI NON

M. MME MLLE DATE DE NAISSANCE (M/J/A) : _____

NOM : _____
PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM NOM INITIALE(S)

NOM ANTÉRIEUR (S'IL Y A LIEU) : _____ NOM SUR LE DIPLÔME (FELLOWS SEULEMENT) : _____

NOM DE LA SOCIÉTÉ : _____ NOM DE L'EMPLOYEUR (SI DIFFÉRENT) : _____

ADRESSE : _____
(CETTE ADRESSE SERA UTILISÉE POUR LE RÉPERTOIRE PUBLIC ET TOUTS LES ENVOIS POSTAUX)

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE : _____

Pour usage interne seulement

QUALIFICATIONS

QUALIFICATIONS ACTUARIELLES (p.ex. ASA, FCAS) : _____ ANNÉE OBTENUE (SI DÉSIGNATION) : _____

AUTRES DÉSIGNATIONS ACTUARIELLES (p.ex. MAAA, EA) : _____ ANNÉE OBTENUE : _____

AUTRES EXAMENS ACTUARIELS RÉUSSIS (S'IL Y A LIEU) : _____

PLUS HAUT DIPLÔME UNIVERSITAIRE (p.ex. B.Sc.Act., M.Sc.) : _____ UNIVERSITÉ : _____

| DOMAINE DE PRATIQUE PRIMAIRE | | DOMAINE DE PRATIQUE SECONDAIRE | |
|---|---|---|---|
| SOUS-CATÉGORIES PRIMAIRES | | SOUS-CATÉGORIES SECONDAIRES | |
| <input type="checkbox"/> AE – Expertise devant les tribunaux | <input type="checkbox"/> AE-MB – Rupture du mariage <input type="checkbox"/> AE-PI – Préjudices corporels <input type="checkbox"/> AE-OTH – Expertise devant les tribunaux-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> AE – Expertise devant les tribunaux | <input type="checkbox"/> AE-MB – Rupture du mariage <input type="checkbox"/> AE-PI – Préjudices corporels <input type="checkbox"/> AE-OTH – Expertise devant les tribunaux-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> ERM – Gestion du risque d'entreprise (GRE) | <input type="checkbox"/> ERM-ALM – Gestion de l'actif-passif <input type="checkbox"/> ERM-MOD – Modélisation <input type="checkbox"/> ERM-OTH – GRE-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> ERM – Gestion du risque d'entreprise | <input type="checkbox"/> ERM-ALM – Gestion de l'actif-passif <input type="checkbox"/> ERM-MOD – Modélisation <input type="checkbox"/> ERM-OTH – GRE-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> GROUP – Santé, bien-être, vie et prestations du vivant vendues pour des groupes d'employés | <input type="checkbox"/> GROUP-GEB – Avantages sociaux collectifs <input type="checkbox"/> GROUP-PEB – Avantages sociaux postérieurs à l'emploi <input type="checkbox"/> GROUP-WC – Indemnisation des accidents du travail <input type="checkbox"/> GROUP-OTH – Ass. collective-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> GROUP – Santé, bien-être, vie et prestations du vivant vendues pour des groupes d'employés | <input type="checkbox"/> GROUP-GEB – Avantages sociaux collectifs <input type="checkbox"/> GROUP-PEB – Avantages sociaux postérieurs à l'emploi <input type="checkbox"/> GROUP-WC – Indemnisation des accidents du travail <input type="checkbox"/> GROUP-OTH – Ass. collective-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> INDIV – Assurance-vie et prestations du vivant souscrites et vendues aux particuliers | <input type="checkbox"/> INDIV-ANN – Rentes individuelles <input type="checkbox"/> INDIV-CI – Maladie grave individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-CRED – Créanciers <input type="checkbox"/> INDIV-DIS – Invalidité individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-HC – Assurance santé et dentaire individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-LIFE – Assurance-vie individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-SPEC – Risques spéciaux <input type="checkbox"/> INDIV-OTH – Ass. vie individuelle-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> INDIV – Assurance-vie et prestations du vivant souscrites et vendues aux particuliers | <input type="checkbox"/> INDIV-ANN – Rentes individuelles <input type="checkbox"/> INDIV-CI – Maladie grave individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-CRED – Créanciers <input type="checkbox"/> INDIV-DIS – Invalidité individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-HC – Assurance santé et dentaire individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-LIFE – Assurance-vie individuelle <input type="checkbox"/> INDIV-SPEC – Risques spéciaux <input type="checkbox"/> INDIV-OTH – Ass. vie individuelle-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> INV – Investissements | <input type="checkbox"/> INV-FINREP – Rapports financiers <input type="checkbox"/> INV-PORT – Gestion de portefeuille <input type="checkbox"/> INV-OTH – Investissements-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> INV – Investissements | <input type="checkbox"/> INV-FINREP – Rapports financiers <input type="checkbox"/> INV-PORT – Gestion de portefeuille <input type="checkbox"/> INV-OTH – Investissements-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> PC – Assurances IARD | <input type="checkbox"/> PC-COMM – IARD – Commerciale <input type="checkbox"/> PC-PERS – IARD – Individuelle <input type="checkbox"/> PC-OTH – Assurances IARD-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> PC – Assurances IARD | <input type="checkbox"/> PC-COMM – IARD – Commerciale <input type="checkbox"/> PC-PERS – IARD – Individuelle <input type="checkbox"/> PC-OTH – Assurances IARD-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> PENS – Régimes de retraite | <input type="checkbox"/> PENS-DB – Prestations déterminées <input type="checkbox"/> PENS-DC – Cotisations déterminées, REER <input type="checkbox"/> PENS-OTH – Régimes de retraite-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> PENS – Régimes de retraite | <input type="checkbox"/> PENS-DB – Prestations déterminées <input type="checkbox"/> PENS-DC – Cotisations déterminées, REER <input type="checkbox"/> PENS-OTH – Régimes de retraite-Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> NT – Travail actuariel non traditionnel | <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> NT – Travail actuariel non traditionnel | <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> RET – À la retraite | | <input type="checkbox"/> RET – À la retraite | |
| <input type="checkbox"/> OTH – Autre | <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> OTH – Autre | <input type="checkbox"/> <i>Veillez préciser :</i> _____ |
| TYPE D'EMPLOYEUR | | FONCTIONS PROFESSIONNELLES PRINCIPALES | |
| <input type="checkbox"/> CONS_1 – Firma d'expert-conseil - petite taille (pas plus de 5 FICA pleinement qualifiés) | <input type="checkbox"/> GOV – Gouvernement <input type="checkbox"/> INS – Société d'assurance <input type="checkbox"/> REIN – Société de réassurance <input type="checkbox"/> UNIV – Université ou collège | <input type="checkbox"/> CONS – Expert-conseil <input type="checkbox"/> CRM – Gestionnaire des relations avec la clientèle <input type="checkbox"/> EXEC – Direction <input type="checkbox"/> FIN – Finance/rapports financiers <input type="checkbox"/> INV – Investissements <input type="checkbox"/> MGMT – Gestion <input type="checkbox"/> OTH – Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | <input type="checkbox"/> PRIC – Tarification <input type="checkbox"/> PROD – Développement de produits <input type="checkbox"/> REIN – Réassurance <input type="checkbox"/> RISK – Gestion du risque <input type="checkbox"/> SM – Ventes et marketing <input type="checkbox"/> VAL – Évaluation |
| <input type="checkbox"/> CONS_2 – Firma d'expert-conseil - taille importante (plus de 5 FICA pleinement qualifiés) | <input type="checkbox"/> FI – Autre institution financière <input type="checkbox"/> FUND – Société de gestion de fonds <input type="checkbox"/> OTH – Autre <i>Veillez préciser :</i> _____ | | |

LANGUE

PRÉFÉRENCE POUR LA CORRESPONDANCE GÉNÉRALE : FRANÇAIS ANGLAIS
 PRÉFÉRENCE POUR LES DOCUMENTS DE L'ICA : FRANÇAIS ANGLAIS LES DEUX

ENVOIS

VEUILLEZ COCHER LE(S) GENRE(S) D'ENVOI DÉSIRÉ(S) : ASSURANCE-VIE ASSURANCES IARD RÉGIMES DE RETRAITE
 VEUILLEZ NOTER QUE LES ENVOIS GÉNÉRAUX VOUS SONT ENVOYÉS AUTOMATIQUEMENT.

COMMISSIONS

ÊTES-VOUS INTÉRESSÉ(E) À ŒUVRER AU SEIN D'UNE COMMISSION DE L'ICA, MAINTENANT OU À L'AVENIR? OUI NON

SI OUI, COCHEZ LA OU LES BOÎTES APPROPRIÉES :

- JE SERAIS INTÉRESSÉ(E) À SIÉGER À N'IMPORTE QUELLE COMMISSION EN BESOIN DE BÉNÉVOLES
- JE SERAIS INTÉRESSÉ(E) À SIÉGER À LA(AUX) COMMISSION(S) SUIVANTE(S) :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACTUAIRE DÉSIGNÉ/RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION | <input type="checkbox"/> EXPERTISE DEVANT LES TRIBUNAUX |
| <input type="checkbox"/> ADMISSIBILITÉ | <input type="checkbox"/> FINANCE |
| <input type="checkbox"/> APPLICATIONS EN GESTION DU RISQUE D'ENTREPRISE | <input type="checkbox"/> GESTION DES RISQUES ET LE CAPITAL REQUIS |
| <input type="checkbox"/> APPLICATION DES RÈGLES ET DES NORMES | <input type="checkbox"/> INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL |
| <input type="checkbox"/> APPLICATIONS DES SOINS DE SANTÉ | <input type="checkbox"/> LIAISON EN MATIÈRE DE RÉGIMES DE RETRAITE ET DE SÉCURITÉ SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> ASSURANCE COLLECTIVE | <input type="checkbox"/> ORGANISATION DU COLLOQUE SUR LES RÉGIMES DE RETRAITE |
| <input type="checkbox"/> BÉNÉVOLAT | <input type="checkbox"/> PRATIQUE D'INVESTISSEMENT |
| <input type="checkbox"/> COMMISSION MIXTE SUR LES RELATIONS ACADÉMIQUES | <input type="checkbox"/> ORGANISATION DU COLLOQUE MIXTE POUR L'ACTUAIRE DÉSIGNÉ |
| <input type="checkbox"/> COMMISSION ORGANISATRICE DU COURS ORIENTÉ VERS LA PRATIQUE | <input type="checkbox"/> PUBLICATIONS |
| <input type="checkbox"/> COMMISSION RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES ASSEMBLÉES ANNUELLE ET GÉNÉRALE | <input type="checkbox"/> RAPPORTS FINANCIERS DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE |
| <input type="checkbox"/> COMMISSION SUR LE RENDEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES DIRECTIONS | <input type="checkbox"/> RAPPORTS FINANCIERS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES IARD |
| <input type="checkbox"/> COMMISSION SUR LES RÉGIMES DE PRESTATIONS APRÈS EMPLOI | <input type="checkbox"/> RAPPORTS FINANCIERS DES RÉGIMES DE RETRAITE |
| <input type="checkbox"/> COMMUNICATIONS | <input type="checkbox"/> RECHERCHE |
| <input type="checkbox"/> CO-PARRAINAGE DES EXAMENS | <input type="checkbox"/> RÉDACTION DES NORMES DE PRATIQUE |
| <input type="checkbox"/> DÉONTOLOGIE | <input type="checkbox"/> RÈGLES DE DÉONTOLOGIE |
| <input type="checkbox"/> ÉDUCATION PERMANENTE | <input type="checkbox"/> RELATIONS INTERNATIONALES |
| <input type="checkbox"/> ÉLECTIONS | <input type="checkbox"/> TARIFICATION DES ASSURANCES IARD |

DOCUMENTS/RENSEIGNEMENTS REQUIS

TOUTES LES DEMANDES D'INSCRIPTION DOIVENT INCLURE :

✓ La cotation telle qu'indiquée sur le site Web de l'ICA (www.actuaires.ca/membership/quali_fees_f.cfm).

(inclut les publications électroniques SEULEMENT via la liste d'annonces de l'ICA.)

NOTA : AUCUNE COTISATION N'EST REQUISE POUR UNE DEMANDE À TITRE DE FELLOW SI VOUS ÊTES DÉJÀ INSCRIT À L'INSTITUT À TITRE D'AFFILIÉ, D'ASSOCIÉ OU DE CORRESPONDANT.

LES DEMANDES D'INSCRIPTION À TITRE DE FELLOW DOIVENT ÉGALEMENT INCLURE :

- ✓ Un relevé de notes officiel (photocopie) de l'organisme actuariel examinateur, indiquant tous les examens réussis.
- ✓ Une photocopie de votre certificat de Fellow de l'organisme actuariel examinateur.
- ✓ Une(des) description(s) de votre expérience de travail actuariel canadien couvrant à tout le moins la période requise. (Note : l'attestation d'un Fellow est requise) – voir Annexe A.

LES DEMANDES D'INSCRIPTION À TITRE D'ASSOCIÉ DOIVENT ÉGALEMENT INCLURE :

- ✓ Un relevé de notes officiel de l'organisme actuariel examinateur, indiquant tous les examens réussis.
- ✓ Certificat de participation à l'Atelier sur le professionnalisme de l'ICA

LES DEMANDES D'INSCRIPTION À TITRE D'AFFILIÉ DOIVENT ÉGALEMENT INCLURE :

- ✓ Frais de demande d'inscription à titre d'affilié de 300 \$ (en sus des frais d'adhésion requis).
- ✓ Attestation du statut de Fellow (ou des titres de compétence actuarielle les plus élevés) et du statut de membre en règle de l'association actuarielle de votre pays d'origine.
- ✓ Une description des cours et(ou) des examens réussis à des fins de qualification actuarielle dans votre pays d'origine et une preuve pour tout autre examen réussi (sauf si l'information a déjà été fournie).
- ✓ Une description de votre expérience de travail actuariel dans votre pays d'origine (sauf si l'information a déjà été fournie).
- ✓ Une liste des employeurs précédents (à titre de référence).
- ✓ Un exemplaire de tout article publié dans un périodique ou journal professionnel reconnu.
- ✓ Tout document additionnel que l'on vous aurait demandé dans le cadre de votre évaluation préliminaire, le cas échéant.

LES DEMANDES D'INSCRIPTION À TITRE DE CORRESPONDANT DOIVENT ÉGALEMENT INCLURE :

- ✓ Une photocopie de votre certificat de Fellow de l'organisme actuariel examinateur.

DÉCLARATION

JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE À DEVENIR MEMBRE DE L'INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES. J'AI REÇU ET ÉTUDIÉ LES STATUTS ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT QUI RÉGISSENT LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES D'UNE PERSONNE INSCRITE À L'INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

VEUILLEZ ENVOYER LES DEMANDES D'INSCRIPTION COMPLÉTÉES À :

SERVICES AUX MEMBRES, INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES, 360, RUE ALBERT, BUREAU 1740, OTTAWA, ON CANADA, K1R 7X7
 TÉLÉPHONE : (613) 236-8196, POSTE 111 TÉLÉCOPIEUR : (613) 233-4552 WWW.ACTUAIRES.CA

USAGE INTERNE:

N° ID. _____ N° CHQ _____ DATE REÇUE : _____ MONTANT : _____ P C

DONNÉES D'ENTRÉE : MAIN INFO CTTEE CTTEE-IMIS CTTEE-WEB ANNONCE WEB REC MEM A/C

DATES D'ÉCHÉANCE POUR SOUMETTRE LES DEMANDES D'INSCRIPTION

1^{er} février

1^{er} avril

1^{er} juillet

1^{er} octobre

| Demandes reçues | Montant des cotisations |
|---|---|
| Entre le 1 ^{er} juin et le 1 ^{er} octobre | La totalité des cotisations s'applique |
| Entre le 2 octobre et le 1 ^{er} février | La moitié des cotisations s'applique |
| Entre le 2 février et le 31 mai | Le montant des cotisations de l'année suivante s'applique** |

DROITS D'ADHÉSION

- FELLOW 1180,00 \$*
- ASSOCIÉ 350,00 \$*
- AFFILIÉ 350,00 \$* (+ FRAIS DE TRAITEMENT DE 300,00 \$)
- CORRESPONDANT 350,00 \$*

MONTANT TOTAL DÛ : _____ \$

* Ces montants correspondent aux frais que doivent payer les personnes qui ont choisi de recevoir, par le biais de la liste d'annonces de l'ICA, les publications sous forme électronique seulement. Veuillez vous assurer que votre adresse courriel est bien inscrite. Ces frais comprennent les cotisations annuelles des membres pour la période actuelle jusqu'au 31 mai. Les cotisations annuelles pour l'année suivante devront être reçues au plus tard le 1^{er} juin.

** Nota : Le Conseil d'administration de l'ICA approuve le montant des cotisations pour la prochaine année à sa réunion de mars. Dans l'éventualité où il y ait un écart entre le montant du paiement que vous avez versé avec votre demande et le montant des cotisations, vous en serez avisé(e).

*** Les droits sont sujets à modifications sans préavis. Veuillez consulter le site Web (http://www.actuaries.ca/membership/quali_fees_f.cfm) afin de confirmer le barème actuel des droits.

OPTIONS DE PAIEMENT

- CHÈQUE (LIBELLÉ À L'ORDRE DE L'INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES)
- VISA MASTERCARD

N^o DE LA CARTE : _____ EXP. : _____

NOM DU DÉTENTEUR : _____

SIGNATURE DU DÉTENTEUR : _____