



Devez-vous remplir ce formulaire?

Ce formulaire s'adresse uniquement à l'assureur qui souhaite offrir un produit d'assurance par l'entremise d'un distributeur.

Ce formulaire permet notamment à l'assureur de divulguer à l'Autorité les renseignements prescrits par l'article 66 de la *Loi sur les assureurs* et l'article 20 du *Règlement sur les modes alternatifs de distribution* (le « Règlement »). Il permet également à l'assureur d'informer l'Autorité de toute modification aux renseignements déjà divulgués. L'assureur doit noter que :

- certaines dispositions s'appliquent aussi aux guides de distribution déposés avant le 13 juin 2019;
- d'autres n'entreront en vigueur que le 13 juin 2020.

Avant d'offrir un produit d'assurance par l'entremise d'un distributeur, l'assureur doit divulguer à l'Autorité les renseignements suivants :

- le nom et les coordonnées du tiers à qui a été confiée l'exécution des obligations d'un assureur, le cas échéant (« l'administrateur »);
- le lien hypertexte ou le mécanisme permettant d'accéder à l'offre d'un distributeur par l'entremise d'Internet, le cas échéant;
- les coordonnées du service d'assistance de l'assureur.

L'assureur doit informer l'Autorité de toute modification à l'un de ces renseignements dans **un délai de 30 jours** suivant cette modification.

Lors de sa divulgation initiale, l'assureur doit transmettre à l'Autorité une liste de ses distributeurs. Pour ce faire, il doit utiliser le gabarit qui se trouve sur le site Internet de l'Autorité, à lautorite.qc.ca, dans la section **Professionnels / Assureurs / Distribution sans représentant**. Pour s'aider à remplir le gabarit, l'assureur peut consulter le *Guide sur la façon de compléter un gabarit de liste de distributeurs*, qui se trouve également dans la section Professionnels / Assureurs / Distribution sans représentant.

L'assureur doit utiliser le même gabarit pour aviser l'Autorité **sans délai** de toute modification à sa liste de distributeurs.

L'assureur doit utiliser la version du gabarit disponible sur le site Internet de l'Autorité et non une version antérieure. Le gabarit a été **mis à jour le 13 juin 2019**.

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSUREUR

N° de client
(10 chiffres)

Nom de l'assureur
Tel qu'inscrit au registre de l'Autorité

Site Internet de l'assureur sur lequel le sommaire
du produit et un spécimen de la police ou de
l'attestation d'assurance sont accessibles

INFORMATIONS CONCERNANT L'AUTRE ASSUREUR, si plus d'un assureur couvrent le risque

Numéro de client à l'Autorité
(10 chiffres)

Nom de l'assureur
Tel qu'inscrit au registre de l'Autorité

Site Internet de l'assureur sur lequel le sommaire
du produit et un spécimen de la police ou de
l'attestation d'assurance sont accessibles



PARTIE 2 - DÉCLARATION

PARTIE 2.1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DOSSIER DE DSR

Ce formulaire peut être utilisé pour ajouter, modifier ou retirer un seul dossier de distribution sans représentant (« DSR ») à la fois. L'assureur qui souhaite ajouter, modifier ou retirer plus d'un dossier doit utiliser une copie du formulaire pour chaque dossier.

VOUS DÉSIREZ :

<p>AJOUTER un dossier de DSR</p> <p>1) Date de début de l'offre : <i>La date de début de l'offre d'un nouveau produit d'assurance par l'entremise d'un distributeur ne peut pas être antérieure à la date de réception du formulaire par l'Autorité.</i></p>	<p>1)</p> <p>année mois jour</p>
<p>MODIFIER un dossier de DSR</p> <p>1) Numéro de dossier de l'Autorité :</p> <p>2) Date de prise d'effet de la modification : <i>La date de prise d'effet de la modification peut uniquement être antérieure ou égale à la date de réception du formulaire par l'Autorité.</i></p>	<p>1)</p> <p>2)</p> <p>année mois jour</p>
<p>RETIRER un dossier de DSR</p> <p>1) Numéro de dossier de l'Autorité : <i>La date de retrait correspond à la date de réception du formulaire par l'Autorité.</i></p>	<p>1)</p>

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DOSSIER DE DSR

<p>Nom du produit :</p>	
<p>Numéro de dossier de l'assureur le cas échéant : <i>Numéro attribué par l'assureur, à son dossier</i></p>	
<p>Type de produit : <i>Vous devez choisir l'un des types proposés dans le menu déroulant.</i></p>	
<p>S'agit-il d'une assurance collective?</p>	<p>Oui Non</p>
<p>Le sommaire est-il disponible en anglais?</p>	<p>Oui Non</p>



PARTIE 2.2 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE-RESSOURCE

L'assureur doit identifier la personne qu'il désigne à titre de responsable des échanges avec l'Autorité en regard du dossier de DSR. Cette personne peut être un employé de l'assureur ou d'une entité qui fait partie du même groupe financier que l'assureur.

Cette partie vous permet de divulguer ou de modifier des renseignements relatifs à la personne-ressource.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE-RESSOURCE

Salutation :	Mme	M.
Nom :		
Prénom :		
Courriel :		
Poste occupé au sein de l'assureur ou du groupe financier :		
Adresse complète :		
Numéro de téléphone et de poste :		



PARTIE 2.3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADMINISTRATEUR

Le cas échéant, l'administrateur est le tiers à qui a été confiée l'exécution des obligations de l'assureur ayant trait à la distribution d'un produit par l'entremise d'un distributeur.

Cette partie vous permet de divulguer ou de modifier des coordonnées de l'administrateur.

L'assureur qui souhaite ajouter, modifier ou retirer plus d'un administrateur doit utiliser un formulaire distinct.

Si l'assureur a imparti les activités de service d'assistance à un tiers, il devra répéter les informations dans la partie « Coordonnées du service d'assistance »

Nom de l'administrateur :
Il s'agit du nom de l'entité

Numéro d'entreprise
du Québec (NEQ) :

Adresse complète :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Service d'assistance de l'assureur : Oui Non

Autres (veuillez les décrire) :

Activités imparties :



PARTIE 2.4 - COORDONNÉES DU SERVICE D'ASSISTANCE

*Le service d'assistance permet de répondre aux questions du distributeur à l'égard de chaque produit offert.
Cette partie vous permet de divulguer ou de modifier des coordonnées du service d'assistance.*

Nom de l'entité :	
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :	
Adresse complète :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	

PARTIE 3 - DÉCLARATION QUANT AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

SIGNATAIRE AUTORISÉ

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Mme	M.	Prénom :	Nom :
Signature :		Date : année mois jour	
Employeur :			
Poste occupé au sein de l'employeur :			



L'Autorité accepte les formulaires envoyés par **courriel** seulement.

Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par la poste ou par télécopieur ne sera accepté.

Joindre la version électronique du formulaire en utilisant le bouton Transmettre ci-dessous

TRANSMETTRE