

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT

N° de client (10 chiffres)			
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M.	<input type="checkbox"/>	
Prénom(s)			
Nom			
Date de naissance	_____ / _____ / _____	année	mois / jour

Important

Le postulant et le représentant dans une discipline encadrée par la Loi sur la distribution de produits et services financiers, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF») qui exerce un autre emploi doit faire preuve de disponibilité et de diligence dans l'exercice de ses activités de représentant et ne pas exercer une situation qui serait incompatible. Votre dossier devra donc faire l'objet d'une analyse. Le traitement de votre demande se fera lorsque vous aurez fourni les documents indiqués dans la partie 3, au besoin vous pouvez annexer des feuilles.

Pour votre information, si vous êtes un représentant de courtier en épargne collective ou en plans de bourses d'études, encadré par la Loi sur les valeurs mobilières, le dossier d'inscription doit être mis à jour dans la BDNI.

PARTIE 2 – DÉCLARATION

Exercerez-vous d'autres activités (rémunérées ou non) dans un domaine différent de celui lié à votre pratique de représentant en même temps que d'être détenteur d'un certificat probatoire ou de représentant? Vous pouvez répondre non à cette question, si l'autre activité découle d'un droit de pratique accordé par l'Autorité des marchés financiers ou d'un permis de courtier hypothécaire de l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec (OACIQ).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà déclaré cette autre activité?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DÉTAIL SUR L'EMPLOYEUR	
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>
Prénom (s)	Nom
Activités	Clientèle
Adresse du siège social	
Téléphone	Courriel

Quelle est la nature de l'emploi que vous occupez (fonctions, tâches, responsabilités)?

Avez-vous l'intention d'occuper les deux emplois sur une longue période?

Oui Non

Sinon, à quel moment allez-vous cesser d'exercer l'autre emploi ?

____ / ____ / ____
année mois jour

Expliquez-nous en quoi la protection du public ne serait pas compromise par votre situation, qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts et que vous ne serez pas dans une situation incompatible?

Avez-vous votre propre entreprise?

Oui Non

Si oui :

Quel est le nom de votre entreprise? _____

Depuis quand opérez-vous votre entreprise? ____ / ____ / ____
année mois jour

Combien d'employés y travaillent? _____

Quelle est la clientèle cible de votre entreprise? _____

De quelle façon prospectez-vous cette clientèle? _____

Quelle sera votre clientèle cible comme représentant? _____

De quelle façon prospectez-vous cette clientèle? _____

Est-ce qu'il y aura un lien entre la clientèle de votre entreprise et vos clients en tant que représentant?

Oui Non

Si oui, lequel?

Avez-vous d'autres emplois à déclarer?

Oui Non

Si oui, veuillez remplir un formulaire par emploi exercé.

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel?

Oui Non

Si oui, lequel? _____

N° de membre _____

Exercez-vous des activités liées à cette profession?

Oui Non

Si vous détenez déjà un droit de pratique, la réglementation stipule que vous devez aviser l'Autorité des marchés financiers dans la semaine suivant le changement. Si vous n'avez pas respecté ce délai, veuillez nous indiquer les motifs de ce retard.

PARTIE 3 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Déclaration – CV <i>1 document requis</i>	<input type="checkbox"/> <i>Curriculum vitae</i>
Double emploi <i>2 documents requis*</i> <i>Sauf si vous êtes un représentant autonome (1 document requis)</i>	<input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur (ci-joint) <input type="checkbox"/> Attestation du responsable du cabinet confirmant sa connaissance de votre emploi (ci-joint) <input type="checkbox"/> Autre document attestant vos propos

PARTIE 4 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

M. <input type="checkbox"/>	Prénoms		Nom	
M ^{me} <input type="checkbox"/>				
Signature			Date	_____/_____/_____ année / mois / jour

L'Autorité accepte les formulaires par **la poste** seulement.
Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre document à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
 Place de la Cité, tour Cominar
 2640, boulevard Laurier, bureau 400
 Québec (Québec) G1V 5C1

Annexe – Attestation de l'employeur

Note importante

Veuillez prendre note que les informations fournies pourront être validés par les employés de l'Autorité des marchés financiers.

SECTION A – IDENTIFICATION

Nom du postulant / représentant		N° de client (10 chiffres)	
------------------------------------	--	-------------------------------	--

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE QUI COMPLÈTE L'ATTESTATION

Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Titre	
------------------------------	-----------------------------	-------	--

Prénom (s)		Nom	
------------	--	-----	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise	
---------------------	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

SECTION B – DÉCLARATION

- À quelle date cet employé a-t-il commencé à travailler pour votre entreprise? _____ / _____ / _____
année / mois / jour
- Combien d'heures par semaine travaille-t-il pour votre entreprise? _____ heures
- Quel est le poste occupé par cet employé et quelles sont ses fonctions?

Annexe – Attestation de l'employeur

4. Veuillez nous préciser à quel genre d'informations cet employé a accès. Vous devez démontrer que cet employé n'a pas accès à de l'information privilégiée et qu'il ne peut utiliser cette information dans l'exercice des activités de représentant.

5. En quoi les responsabilités, les tâches et les fonctions de cette personne n'entrent pas en conflit d'intérêts avec l'exercice des activités de représentant en assurances ou en valeurs mobilières?

6. Est-ce que vous consentez à ce que votre employé exerce des activités de représentant en assurances ou en valeurs mobilières parallèlement aux fonctions qu'il exerce chez vous?

SECTION C – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.

M. <input type="checkbox"/>	Prénoms	Nom			
M ^{me} <input type="checkbox"/>					
Signature			Date	____ / ____ / ____ année mois jour	

**Annexe
Attestation du cabinet/de la firme**

Note importante

Veillez prendre note que les informations fournies pourront être validés par les employés de l'Autorité des marchés financiers.

PARTIE 1 - À COMPLÉTER PAR LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT

SECTION A - IDENTIFICATION CONCERNANT LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT

Nom du postulant / représentant		N° de client (10 chiffres)	
------------------------------------	--	-------------------------------	--

SECTION B - DÉCLARATION DE LA SECONDE OCCUPATION

Seconde occupation déclarée	
-----------------------------	--

SECTION C - DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

Je consens à ce que l'Autorité communique avec le cabinet ou la firme identifié à la partie 2 pour qui j'exercerai mes activités pour tout ce qui concerne le contenu du présent formulaire de même que ses annexes.

M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)		Nom	
Signature			Date	____ / ____ / ____ année / mois / jour

PARTIE 2 - À COMPLÉTER PAR LE DIRIGEANT RESPONSABLE DU CABINET OU LE CHEF DE LA CONFORMITÉ DE LA FIRME

SECTION D - INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT OU CHEF DE LA CONFORMITÉ

Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Titre			
--	-------	--	--	--

Prénom(s)		Nom	
-----------	--	-----	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

CABINET

Nom du cabinet		N° de client (10 chiffres)	
----------------	--	-------------------------------	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

Annexe Attestation du cabinet/de la firme

Est-ce que vous avez été avisé et consentez-vous à ce que cette personne occupe une seconde occupation dans un autre domaine parallèlement aux fonctions qu'elle exerce chez vous?

Oui Non

Je reconnais qu'à titre de dirigeant responsable du cabinet / chef de conformité de la firme il est de ma responsabilité de m'assurer que cette personne exercera cette seconde occupation en conformité avec les lois et règlements, notamment en m'assurant que la seconde occupation déclarée dans le présent formulaire n'entre pas en conflit d'intérêts avec ses activités du domaine des services financiers.

Oui Non

SECTION E - DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.

M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	Date	_____/_____/_____ année / mois / jour
M. <input type="checkbox"/>				
Signature				