

Pour votre assurance de responsabilité professionnelle, ce formulaire vous permet de :

- renouveler votre police (**partie 2**)
- modifier votre police (**partie 3**)
- ajouter une nouvelle police (**partie 4**)

Seules les sections pertinentes du formulaire doivent être remplies.

**Note importante :** Dans tous les cas visés par ce formulaire, vous devez remplir les parties : 1, 5 et 6.

## PARTIE 1 – IDENTIFICATION

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / LA SOCIÉTÉ AUTONOME / LE REPRÉSENTANT AUTONOME / LE COURTIER EN ÉPARGNE COLLECTIVE / LE COURTIER EN PLANS DE BOURSES D'ÉTUDES

N° de client (10 chiffres)		N° d'inscription (6 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise					

## PARTIE 2 – RENOUELEMENT D'UNE POLICE D'ASSURANCE (si requis)

### INFORMATIONS CONCERNANT LA POLICE D'ASSURANCE

N° de police		Assureur				
Durée du renouvellement	<input type="checkbox"/> Un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an	Si plus d'un an, date d'expiration	_____ / _____ / _____	année	mois	jour

## PARTIE 3 – MODIFICATION À UNE POLICE D'ASSURANCE (si requis)

Vous pouvez effectuer les modifications suivantes à une police d'assurance déjà soumise à l'Autorité :

- Modifier la date d'expiration de la police.
- Ajouter une date d'inactivité ou de résiliation lorsque la police a été annulée ou résiliée.
- Modifier les montants de couverture et de franchise.
- Ajouter, modifier ou supprimer un assuré désigné. Pour supprimer, inscrire une date de fin pour cet assuré désigné.
- Ajouter, modifier ou supprimer une discipline / catégorie couverte pour un assuré désigné. Pour supprimer, inscrire une date de fin pour cette discipline / catégorie couverte.
- Ajouter, modifier ou supprimer un représentant couvert pour l'assuré désigné « Un groupe défini de représentants rattachés sans y être employés ». Pour supprimer, inscrire une date de fin pour ce représentant couvert.

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CONTRAT D'ASSURANCE

N° de police		Assureur	
Date d'émission	____ / ____ / ____ année    mois    jour	Date d'expiration	____ / ____ / ____ année    mois    jour
		<input type="checkbox"/> Valide jusqu'à la résiliation	
<b>Modification aux montants</b>			
<input type="checkbox"/> Montant annuel de couverture		_____ \$	
<input type="checkbox"/> Montant de couverture par réclamation		_____ \$	
<input type="checkbox"/> Montant de franchise		_____ \$	
<b>Modification à la date d'inactivité ou de résiliation</b>			
<input type="checkbox"/> Date d'inactivité		____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Date de résiliation		année    mois    jour	
<b>Modification aux assurés désignés</b>			
<input type="checkbox"/> Le cabinet / la firme		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	
<input type="checkbox"/> L'ensemble des associés (pour les sociétés autonomes)		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	
<input type="checkbox"/> L'ensemble des employés		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	
<input type="checkbox"/> L'ensemble des représentants rattachés sans y être employés		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	
<input type="checkbox"/> Un groupe défini de représentants rattachés sans y être employés (couvre un ou plusieurs représentants; le preneur est le cabinet ou la firme).		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	
<input type="checkbox"/> Un représentant rattaché sans y être employé (le preneur est le représentant)		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	

Modification aux représentants couverts			
N° de client du représentant à ajouter ou à supprimer (10 chiffres)			<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer
Prénoms		Nom	
N° de client du représentant à ajouter ou à supprimer (10 chiffres)			<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer
Prénoms		Nom	
N° de client du représentant à ajouter ou à supprimer (10 chiffres)			<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer
Prénoms		Nom	
Modification aux catégories couvertes			
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes <input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes <input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Courtier) <input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Agent) <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres <input type="checkbox"/> Planification financière <input type="checkbox"/> Courtage en épargne collective <input type="checkbox"/> Courtage en plans de bourses d'études		<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer <input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer	

## PARTIE 4 – AJOUT D'UNE POLICE D'ASSURANCE (si requis)

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CONTRAT D'ASSURANCE

N° de police		Assureur		
Date d'émission	____ / ____ / ____ année    mois    jour	Date d'expiration	____ / ____ / ____ année    mois    jour	<input type="checkbox"/> Valide jusqu'à résiliation
Montant annuel de couverture		Montant de couverture par réclamation		Montant de franchise
Assurés désignés				
<input type="checkbox"/> Le cabinet / la firme		<input type="checkbox"/> L'ensemble des associés (pour les sociétés autonomes)		

<input type="checkbox"/> L'ensemble des employés	<input type="checkbox"/> Un représentant rattaché sans y être employé (le preneur est le représentant)		
<input type="checkbox"/> L'ensemble des représentants rattachés sans y être employés	<input type="checkbox"/> Un groupe défini de représentants rattachés sans y être employés (couvre un ou plusieurs représentants; le preneur est le cabinet ou la firme).		
REPRÉSENTANTS COUVERTS PAR LE GROUPE DÉFINI DE REPRÉSENTANTS RATTACHÉS SANS Y ÊTRE EMPLOYÉS OU PAR UNE POLICE INDIVIDUELLE (UN REPRÉSENTANT RATTACHÉ SANS Y ÊTRE EMPLOYÉ) (JOINDRE UNE ANNEXE SI REQUIS)			
N° de client (10 chiffres)			
Prénom		Nom	
Date de début ____ / ____ / ____ année    mois    jour			
N° de client (10 chiffres)			
Prénom		Nom	
Date de début ____ / ____ / ____ année    mois    jour			
N° de client (10 chiffres)			
Prénom		Nom	
Date de début ____ / ____ / ____ année    mois    jour			
DISCIPLINES / CATÉGORIES COUVERTES			
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes	<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents		
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes	<input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective <input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives		
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Courtier)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Courtier) <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Courtier)		
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Agent)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Agent) <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Agent)		
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres	<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises		
<input type="checkbox"/> Planification financière			
<input type="checkbox"/> Courtage en épargne collective			
<input type="checkbox"/> Courtage en plans de bourses d'études			

## PARTIE 5 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<b>Renouvellement d'une police d'assurance</b> <i>Un ou deux documents requis selon la situation</i>	<input type="checkbox"/> Certificat d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Déclaration de franchise, si requise (voir annexe)
<b>Modification d'une police d'assurance</b> <i>Un ou deux documents requis selon la situation</i>	<input type="checkbox"/> Avenants <input type="checkbox"/> Certificat d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Déclaration de franchise, si requise (voir annexe)
<b>Ajout d'une police d'assurance</b> <i>Un ou deux documents requis selon la situation</i>	<input type="checkbox"/> Contrat d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Certificat d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Déclaration de franchise, si requise (voir annexe)

## PARTIE 6 – 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	Date	_____/_____/_____ année / mois / jour
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>				
Signature				

L'Autorité accepte les formulaires par **la poste** seulement.

**Aucun formulaire** envoyé à l'Autorité par courriel ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

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

## Annexe

### Déclaration de franchise

Je, (nom du dirigeant ou de l'associé responsable) \_\_\_\_\_ atteste,  
tel que requis par l'article 29, paragraphe 2, du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et  
la société autonome*<sup>1</sup>, que (nom de l'inscrit) \_\_\_\_\_  
maintient en tout temps un capital net liquide au moins égal au montant de la franchise la plus élevée  
qui se trouve dans son contrat d'assurance de responsabilité professionnelle.

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du dirigeant ou de l'associé responsable

\_\_\_\_\_  
N° d'inscription (6 chiffres)

\_\_\_\_\_  
N° de client (10 chiffres)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> R.R.Q. c. D-9.2, r.2.