

## DÉCLARATION RELATIVE À L'ABSENCE D'UN COMPTE SÉPARÉ

### Note importante

*L'Autorité des marchés financiers est autorisée à requérir et obtenir en tout temps, de l'institution financière, tout renseignement, explication ou copie de document nécessaire ou utile aux fins de vérification relative à ce compte.*

### Déclaration faite à :

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

**Pour l'application de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers (RLRQ, c. D-9.2)* et ses règlements.**

**Je, soussigné, à titre de dirigeant du cabinet / d'associé de la société autonome /de représentant autonome et ayant le principal établissement au :**

INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT / L'ASSOCIÉ / LE REPRÉSENTANT AUTONOME							
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom			
Signature				Date	____ / ____ / ____ année    mois    jour		
ADRESSE PRINCIPALE							
N° d'immeuble		Rue			App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone			Télécopieur				
Courriel							

### Déclare ce qui suit :

- Le cabinet/société autonome/représentant autonome n'entend recevoir ou percevoir aucune somme pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités régies par la Loi et ses règlements;
- Si, à la suite de la présente déclaration, il reçoit ou perçoit des sommes pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités, il s'engage à respecter les dispositions de la Loi et de ses règlements relativement à l'établissement et au maintien d'un compte séparé.

**DÉCLARATION SOLENNELLE**

En foi de quoi, j'ai (dirigeant/associé/représentant autonome) signé :

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					
Signé à				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature					

Déclaré sous serment devant moi (commissaire à l'assermentation) :

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					
District judiciaire				N° de commission	
Signé à				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature					