

## Services en ligne

Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant les services en ligne accessibles sur notre site Web au [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca) dans la section **Professionnels**.

Avant de remplir le formulaire, lisez attentivement ce qui suit :

Ce formulaire vous permet de confirmer le rattachement d'un représentant à votre entreprise pour la délivrance de son certificat.

**Vous faites une demande pour :**

- Confirmation de rattachement  
 Ajout de rattachement

### PARTIE 1 – IDENTIFICATION

#### INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / LA SOCIÉTÉ AUTONOME / LE REPRÉSENTANT AUTONOME

N° de client (10 chiffres) ou N° OACIQ		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise			
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
<b>ADRESSE PRINCIPALE</b>			
N° d'immeuble	Rue	App. / Unité	
Municipalité	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		
Courriel			
<b>ADRESSE DE CORRESPONDANCE</b>		<b>Même que principale</b> <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / case postale	Rue	App. / unité	
Municipalité	Province	Code postal	

### PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT

N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	

## Note importante

*Des frais pour le rattachement d'un représentant s'appliquent. Un agent communiquera avec vous.*

### PARTIE 3 – INFORMATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT

#### TYPE DE RATTACHEMENT

Le représentant exercera ses activités pour le compte du cabinet.	<input type="checkbox"/> À titre d'employé <input type="checkbox"/> Sans y être employé
Le représentant exercera ses activités pour le compte de la société autonome.	<input type="checkbox"/> À titre d'associé <input type="checkbox"/> À titre d'employé

#### CHOIX DE DISCIPLINES / CATÉGORIES DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
<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 sinistre des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistre des entreprises
<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

#### DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT

Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)

#### EMPLOYÉ EN ASSURANCE DE DOMMAGES VISÉ PAR L'ARTICLE 547 DE LA LDPSF

547

### PARTIE 4 – INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

N° de police		Nom de l'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	_____ \$
Cette police est-elle au dossier du cabinet? <b>* Si non, veuillez transmettre les pièces justificatives demandées à la partie 6 Pièces justificatives à transmettre.</b>				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**PARTIE 5 – CHOIX DE LA SUCCURSALE**

Nom de la succursale					
<b>ADRESSE</b>					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	

**PARTIE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE**

À transmettre seulement si la preuve d'assurance de responsabilité professionnelle n'est pas au dossier.  
Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<b>Assurance de responsabilité professionnelle</b> (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Avenant à la police d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Certificat d'assurance de responsabilité professionnelle <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance de responsabilité professionnelle
<b>Déclaration pour l'assurance de responsabilité professionnelle</b> (1 document requis)  <i>* Si la franchise est supérieure au montant prévu par règlement.</i>	<input type="checkbox"/> Déclaration de franchise supérieure à la limite réglementaire

## PARTIE 7 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

### SIGNATURE DU DIRIGEANT RESPONSABLE / DU SIGNATAIRE AUTORISÉ / DE L'ASSOCIÉ RESPONSABLE / DU REPRÉSENTANT AUTONOME

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

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
M <sup>me</sup> <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 paiement à l'adresse suivante :

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