

Ce formulaire permet à une personne morale (cabinet ou société autonome) de demander une inscription.

Vous faites une demande pour :

- Un cabinet
 Une société autonome

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME

Nom de l'entreprise		NEQ (10 chiffres)	
Autres noms utilisés au Québec (s'il y a lieu)			
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL			
N° d'immeuble / Case postale		Rue	Bur. / Unité
Municipalité		Province	Code postal
Téléphone		Courriel	
ADRESSE DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT AU QUÉBEC		Même que siège social <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / Case postale		Rue	Bur. / Unité
Municipalité		Province	Code postal
Téléphone		Courriel	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE		Même que siège social <input type="checkbox"/> Même que principal établissement <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / Case postale		Rue	Bur. / Unité
Municipalité		Province	Code postal

PARTIE 2 – CHOIX DE DISCIPLINES

<input type="checkbox"/> Assurance de personnes	<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (agent) <i>(Veuillez passer à la partie 3)</i>	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (courtier) <i>(Veuillez passer à la partie 4)</i>
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres	<input type="checkbox"/> Planification financière
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337
 Québec : 418 525-0337
 Montréal : 514 395-0337

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UNE AGENCE EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Cette section doit être remplie seulement si le cabinet demande une inscription à titre d'agence en assurance de dommages.

Une société autonome ne peut pas être inscrite à titre d'agence en assurance de dommages.

Un cabinet doit avoir un contrat d'exclusivité avec un assureur pour agir à titre d'agence en assurance de dommages. Le cabinet qui est un assureur doit inscrire son nom, à titre d'assureur, dans le tableau ci-dessous pour indiquer qu'il distribue exclusivement ses propres produits.

Veillez fournir l'information sur votre contrat d'exclusivité. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Nom de l'assureur

N° de client de l'assureur
(10 chiffres)

COCHEZ TOUS LES PRODUITS VISÉS PAR LE CONTRAT D'EXCLUSIVITÉ

Particuliers	Entreprises
<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
<input type="checkbox"/> Assurance aviation	<input type="checkbox"/> Assurance aviation
<input type="checkbox"/> Assurance de biens (habitation) <input type="checkbox"/> Assurance de biens (autre qu'habitation)	<input type="checkbox"/> Assurance de biens
	<input type="checkbox"/> Assurance des chaudières et des machines
<input type="checkbox"/> Assurance crédit	<input type="checkbox"/> Assurance crédit
<input type="checkbox"/> Assurance protection de crédit	
<input type="checkbox"/> Assurance hypothèque	<input type="checkbox"/> Assurance hypothèque
	<input type="checkbox"/> Assurance contre le détournement
<input type="checkbox"/> Assurance de frais juridiques	<input type="checkbox"/> Assurance de frais juridiques
	<input type="checkbox"/> Assurance grêle
<input type="checkbox"/> Assurance contre l'incendie	<input type="checkbox"/> Assurance contre l'incendie
<input type="checkbox"/> Assurance de responsabilité	<input type="checkbox"/> Assurance de responsabilité
<input type="checkbox"/> Assurance de titres	<input type="checkbox"/> Assurance de titres

PARTIE 4 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN CABINET DE COURTAGE EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Cette section doit être remplie seulement si le cabinet ou la société autonome demande une inscription à titre de cabinet de courtage en assurance de dommages.

4.1 – CONDITIONS RELATIVES AU CAPITAL DU CABINET

Cette section doit être remplie par le cabinet seulement.

1. Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation lui permettant d'exercer plus de 20 % des droits de vote afférents aux actions émises par le cabinet? Oui Non

2. Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation représentant plus de 50 % de la valeur des capitaux propres du cabinet? Oui Non
 - *Pour les fins de cette question, les capitaux propres d'un cabinet excluent les actions ne comportant ni droit de vote, ni droit de partager le reliquat des biens du cabinet en cas de liquidation (généralement désignées à titre d'actions « privilégiées »), conformément à l'article 150 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.*

Si vous avez répondu OUI à l'une des deux questions, vous ne remplissez pas les conditions pour être inscrit à titre de cabinet de courtage en assurance de dommages. Pour connaître les options qui s'offrent à vous, veuillez consulter la section **Professionnels / Cabinets et représentants** de notre site Web ou communiquez avec nous au 1 877 525-0337.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

Participation en actions émises par le cabinet

- | | |
|--|---|
| <p>Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation en actions émises par le cabinet représentant plus de 20 % de la valeur des capitaux propres du cabinet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Pour les fins de cette question, les capitaux propres d'un cabinet excluent les actions ne comportant ni droit de vote, ni droit de partager le reliquat des biens du cabinet en cas de liquidation (généralement désignées à titre d'actions « privilégiées »), conformément à l'article 150 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.</i> ➤ <i>Si oui, veuillez fournir l'information ci-dessous.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Nom de l'institution financière, du groupe financier ou de la personne morale qui leur est liée

4.2 – CONDITIONS RELATIVES AUX PRODUITS OFFERTS (AUTOMOBILE POUR LES PARTICULIERS)

Cette section doit être remplie par le cabinet ou la société autonome.

Le cabinet (ou la société autonome) offrira-t-il directement au public des produits d'assurance **automobile pour les particuliers**? Oui Non

- *Si oui, veuillez fournir l'information sur tous les assureurs auprès de qui le cabinet ou la société autonome est en mesure d'obtenir des soumissions en assurance automobile pour les particuliers. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.*

Nom de l'assureur	N° de client (10 chiffres)	Groupe financier

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

Pourcentage des primes versées à un même assureur

Le cabinet ou la société autonome verse-t-il à un même assureur plus de 60 % des primes stipulées par les contrats qu'il conclut pour des produits d'assurance **automobile pour les particuliers**?

Oui Non

- *Si oui, veuillez inscrire le nom de cet assureur :*

Vous devez déclarer au moins trois assureurs qui ne font pas partie du même groupe financier, conformément à l'article 38 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

4.3 – CONDITIONS RELATIVES AUX PRODUITS OFFERTS (HABITATION POUR LES PARTICULIERS)

Cette section doit être remplie par le cabinet et la société autonome.

Le cabinet (ou la société autonome) offrira-t-il directement au public des produits d'assurance **habitation pour les particuliers**?

Oui Non

- *Si oui, veuillez fournir l'information sur tous les assureurs auprès de qui le cabinet ou la société autonome est en mesure d'obtenir des soumissions pour un produit d'assurance habitation pour les particuliers. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.*

Nom de l'assureur	N° de client (10 chiffres)	Groupe financier

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

Pourcentage des primes versées à un même assureur

Le cabinet ou la société autonome verse-t-il à un même assureur plus de 60 % des primes stipulées par les contrats qu'il conclut pour des produits d'assurance **habitation pour les particuliers**?

Oui Non

- *Si oui, veuillez inscrire le nom de cet assureur :*

Vous devez déclarer au moins trois assureurs qui ne font pas partie du même groupe financier, conformément à l'article 38 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

PARTIE 5 – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Cette section vous permet de produire une déclaration en fonction de différentes situations. Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous.

DÉCLARATION GÉNÉRALE

1. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger (incluant un comité de discipline), par jugement définitif, d'une infraction ou d'un acte criminel? Oui Non
2. Le cabinet (ou la société autonome) est-il sous le coup d'une ordonnance de liquidation ou de dissolution? Oui Non
3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il adopté une résolution ou fait l'objet d'une mesure quelconque visant sa liquidation ou sa dissolution? Oui Non
4. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il fait cession de ses biens au bénéfice de ses créanciers? Oui Non
5. Le cabinet (ou la société autonome) est-il sous le coup d'une requête en faillite ou d'une ordonnance de séquestre en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité* (LRC 1985, c. B-3), ou a-t-il déjà pris avantage de quelque disposition législative portant sur l'insolvabilité? Oui Non
6. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà été sous le coup d'une annulation ou d'une suspension de certificat délivré par le Conseil des assurances de dommages, le Conseil des assurances de personnes ou l'Inspecteur général des institutions financières en vertu de la *Loi sur les intermédiaires de marché* (chapitre I-15.1), d'une radiation ou d'une suspension d'inscription auprès de la Commission des valeurs mobilières du Québec, d'une annulation ou d'une suspension de certificat délivré par l'Association des courtiers et agents immobiliers du Québec ou a-t-il déjà vu son permis révoqué ou suspendu par l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec ? Oui Non
7. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription, pour une ou plusieurs disciplines, radiée ou suspendue par l'Autorité? Oui Non
8. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription à titre de courtier ou de conseiller en valeurs radiée ou suspendue par l'Autorité? Oui Non
9. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription dans une ou plusieurs disciplines auprès de l'Autorité ou à titre de courtier ou de conseiller en valeurs auprès de l'Autorité assujettie à des conditions ou à des restrictions? Oui Non

10. Le cabinet (ou la société autonome) est-il en défaut de payer toute amende reliée à la commission d'une infraction en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (RLRQ, c. D-9.2), de la *Loi sur les intermédiaires de marché*, de la *Loi sur les valeurs mobilières* (RLRQ, c. V-1.1) ou de la *Loi sur le courtage immobilier* (RLRQ, c. C-73.2)? Oui Non
11. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà ou fait-il présentement l'objet de poursuites civiles en lien avec des activités liées au domaine des services financiers? Oui Non

DÉCLARATION EN LIEN AVEC LA PRATIQUE

1. Le cabinet (ou la société autonome) entend-il recevoir ou percevoir des sommes pour le compte d'autrui (par exemple, pour un assureur ou un client)? Oui Non
- *Si oui, il doit détenir un compte séparé ou en fidéicommiss.*
2. Le cabinet (ou la société autonome) détient-il un ou plusieurs comptes séparés ou en fidéicommiss? Oui Non
- *Si oui, veuillez remplir l'Annexe d'ouverture de compte séparé pour chaque compte séparé ou en fidéicommiss détenu.*
- Veuillez également indiquer, pour chaque compte :
- le titulaire du compte : _____
 - le type de compte :
 - épargne
 - chèque
 - autre : _____
 - le numéro de compte : _____
 - l'institution financière : _____
- *Si non, veuillez remplir l'Annexe d'absence de compte séparé.*
3. Le cabinet (ou la société autonome) est-il détenteur d'un ou de plusieurs prêts auprès d'un ou de plusieurs assureurs ou prêteurs hypothécaires? Oui Non
- *Si oui, veuillez déclarer une « entente de prêt » dans un lien d'affaires de type « assureur » ou « prêteur hypothécaire » pour chacun de ces assureurs ou prêteurs hypothécaires (annexe **Liens d'affaires**).*

4. Le cabinet (ou la société autonome) est-il détenteur d'un ou de plusieurs prêts auprès d'un ou de plusieurs inscrits¹? Oui Non
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de prêt » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*
5. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec une ou plusieurs entreprises inscrites² auprès de l'Autorité? Oui Non
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de partage de commissions » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacune de ces entreprises (annexe **Liens d'affaires**).*
6. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec un courtier ou une agence régi par la *Loi sur le courtage immobilier*? Oui Non
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de partage de commissions » dans un lien d'affaires de type « détenteur d'un permis immobilier de l'OACIQ » pour chacune de ces personnes physiques ou de ces personnes morales (annexe **Liens d'affaires**).*
7. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec une ou plusieurs entreprises autres que celles prévues aux questions 5 et 6? Oui Non
8. Le cabinet (ou la société autonome) dispose-t-il d'ententes avec des indicateurs³ de clients (référencement)? Oui Non
9. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec un ou plusieurs assureurs ou prêteurs hypothécaires pour l'hébergement de serveurs et/ou de sites Internet, pour la fourniture de services administratifs, de matériel ou de locaux, ou encore pour le prêt de personnel? Oui Non
➤ *Si oui, veuillez déclarer ces ententes dans un lien d'affaires de type « assureur » ou « prêteur hypothécaire » pour chacun de ces assureurs ou prêteurs hypothécaires (annexe **Liens d'affaires**).*
10. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec un ou plusieurs inscrits pour l'hébergement de serveurs et/ou de sites Internet, pour la fourniture de services administratifs, de matériel ou de locaux, ou encore pour le prêt de personnel? Oui Non
➤ *Si oui, veuillez déclarer ces ententes dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*

¹ Un inscrit au sens de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* est un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome.

² Par *entreprise inscrite*, on entend toute entreprise inscrite en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la *Loi sur les valeurs mobilières* (en épargne collective ou en plans de bourses d'études).

³ L'indication de clients (aussi parfois appelée « référencement ») est l'action de diriger un client vers un représentant titulaire d'un certificat ou une personne inscrite en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*. Voir l'*Avis relatif à l'indication de clients en application de la Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

11. Le cabinet (ou la société autonome) exerce-t-il des activités rémunérées autres que celles prévues à son inscription (en lien ou non avec le domaine des services financiers)? Oui Non
- *Si oui, précisez ces activités :*
- Site Web de comparaison de primes
 - Service de rapports d'impôts
 - Location de locaux
 - Courtage immobilier
 - Autre : _____
12. Est-ce que des employés non certifiés du cabinet (ou de la société autonome) effectueront du service à la clientèle? Oui Non
- Par exemple, fournir de l'information générale sur les produits ou les contrats en vigueur ou procéder à des modifications de nature administrative.*
- *Si oui :*
- Combien d'employés offriront un tel service? _____
 - Les conversations seront-elles enregistrées? Oui Non
13. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des mesures de vérification à la préembauche pour les employés non certifiés? Oui Non
14. Le cabinet (ou la société autonome) détient-il les assurances suivantes?
- Assurance contre le cyberrisque Oui Non
 - Assurance responsabilité pour les administrateurs et les dirigeants Oui Non
15. Le cabinet (ou la société autonome) dispose-t-il de politiques⁴ sur les sujets suivants?
- L'éthique et la déontologie Oui Non
 - La rémunération Oui Non
 - L'embauche et la sélection des représentants Oui Non
 - Les conflits d'intérêts Oui Non
 - L'utilisation des médias sociaux Oui Non
 - La continuité du droit d'exercice des représentants Oui Non
 - La sécurité de l'information Oui Non
 - La conformité des transactions Oui Non
 - Les clientèles en situation de vulnérabilité Oui Non
 - La gestion des polices orphelines Oui Non

⁴ Par *politique*, on entend toute politique, procédure guide, instruction ou ligne directrice.

16. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il un plan de continuité des affaires? Oui Non
17. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il affaire avec les entités suivantes?
- Concessionnaires automobiles Oui Non
 - Agrégateurs (sites Web de comparaison de primes) Oui Non
 - Centres d'appels / télémarketing Oui Non
 - Agences immobilières ou courtiers immobiliers Oui Non
18. Le cabinet (ou la société autonome) utilisera-t-il un espace numérique⁵ permettant de conclure un contrat pour des produits d'assurance, de procéder au règlement de sinistres, d'effectuer des planifications financières ou de réaliser des opérations de courtage relatives à un prêt garanti par hypothèque immobilière? Oui Non
- *Si oui, le cabinet (ou la société autonome) devra remplir et transmettre à l'Autorité le formulaire **Espaces numériques (offre par Internet)** dès qu'il aura reçu la confirmation de son inscription.*

DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE DOMMAGES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) est-il membre d'une bannière⁶? Oui Non
- *Si oui, laquelle? _____*
2. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre de grossiste⁷? Oui Non
- *Si oui :*
- *À combien d'inscrits prévoit-il offrir des services? _____*
 - *Veillez déclarer une « entente de grossiste » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre de grossiste (annexe **Liens d'affaires**).*
3. Le cabinet (ou la société autonome) utilisera-t-il les services de grossistes? Oui Non
- *Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « grossiste » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*

⁵ Un espace numérique permet d'interagir directement avec le client et de conclure un contrat. Il peut s'agir, par exemple, d'un site Web ou d'une application mobile.

⁶ La bannière est la désignation sous laquelle une entreprise exerce ses activités. On appelle *bannière* tout nom, signe, symbole ou enseigne d'un groupe, d'un réseau ou d'un regroupement de cabinets ou de sociétés.

⁷ Dans le domaine de l'assurance de dommages, les grossistes sont des entreprises qui exécutent concurremment ou indépendamment des activités de courtage et des activités de souscription. Voir l'*Avis relatif aux grossistes en assurance de dommages et à leurs employés*.

DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE PERSONNES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre d'agent général⁸?

Oui Non

➤ *Si oui :*

- Veuillez indiquer le nombre d'inscrits à qui il prévoit offrir des services : _____
- Veuillez déclarer une « entente d'agent général » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre d'agent général (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

➤ *Si non :*

- A-t-il une entente directe de distribution avec des assureurs?
 Oui Non
 - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*
- A-t-il une entente de distribution avec d'autres inscrits?
 Oui Non
 - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chaque inscrit auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une entente de distribution avec des agents généraux?

Oui Non

- *Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « agent général » pour chaque agent général avec qui le cabinet (ou la société autonome) a une entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

⁸ On entend par *agent général* tout inscrit à qui un assureur a délégué certaines tâches et qui agit comme intermédiaire entre cet assureur et d'autres inscrits. Cette définition inclut les agents généraux, les agents généraux affiliés et toute autre appellation de l'industrie qui répond à la définition ci-haut.

DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre d'agent général⁹?

Oui Non

➤ Si oui :

- Veuillez indiquer le nombre d'inscrits à qui il prévoit offrir des services : _____
- Veuillez déclarer une « entente d'agent général » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre d'agent général (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

➤ Si non :

- A-t-il une entente directe de distribution avec des assureurs?
 Oui Non
- Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).
- A-t-il une entente de distribution avec d'autres inscrits?
 Oui Non
- Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chaque inscrit auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une entente de distribution avec des agents généraux?

Oui Non

- Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « agent général » pour chaque agent général avec qui le cabinet (ou la société autonome) a une entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une procédure en place afin de s'assurer qu'un mandat adéquat sera rédigé par un représentant avant la mise en place d'un régime collectif?

Oui Non

⁹ On entend par *agent général* tout inscrit à qui un assureur a délégué certaines tâches et qui agit comme intermédiaire entre cet assureur et d'autres inscrits. Cette définition inclut les agents généraux, les agents généraux affiliés et toute autre appellation de l'industrie qui répond à la définition ci-haut.

DÉCLARATION RELATIVE AU COURTAGE HYPOTHÉCAIRE (si applicable)

1. Êtes-vous membre d'une bannière? Oui Non
- *Si oui, laquelle?* _____
2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il conclu avec un ou plusieurs prêteurs hypothécaires une entente lui permettant de proposer les prêts de ce ou ces prêteurs ? Oui Non
- *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « prêteur hypothécaire » pour chacune de ces personnes physiques ou de ces personnes morales (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*
3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec des entreprises (qui ne sont pas des prêteurs hypothécaires ou qui ne sont pas inscrites auprès de l'Autorité) notamment des ententes de fourniture de services, de distribution, de prêt, de partage de commission, d'indication de client, de franchisage? Oui Non
- *Si oui, veuillez déclarer l'entente appropriée dans un lien d'affaires de type « autre entreprise » pour chacune de ces entreprises (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

PARTIE 6 – DÉCLARATION QUANT AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

DIRIGEANT OU ASSOCIÉ RESPONSABLE / SIGNATAIRE AUTORISÉ

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

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

Note importante

Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande.

PARTIE 7 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE POUR L'INSCRIPTION DU CABINET OU DE LA SOCIÉTÉ AUTONOME

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Registre des entreprises du Québec (1 document requis)	<input type="checkbox"/> La plus récente déclaration d'immatriculation du cabinet ou de la société autonome et ses déclarations modificatives
Contrat de société (1 document requis) <i>* Pour les sociétés autonomes seulement.</i>	<input type="checkbox"/> Copie du contrat de société et de ses modifications (si applicable)
Assurance de responsabilité professionnelle (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
Assurance de responsabilité professionnelle – représentant (1 document requis) <i>* Seulement pour les représentants qui ne sont pas couverts par la police d'assurance du cabinet.</i>	<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
Déclaration pour l'assurance de responsabilité professionnelle (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
Liste des représentants (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Annexe – Liste des représentants par discipline
Liste des employés en assurance de dommages (article 547) <i>* Si le cabinet emploie des personnes visées par l'article 547 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (LDPSF).</i>	<input type="checkbox"/> Annexe – Employés visés par l'article 547
Liens d'affaires (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Annexe – Liens d'affaires

ANNEXE – LISTE DES REPRÉSENTANTS PAR DISCIPLINE

Veillez remplir une copie de cette annexe pour chacun des établissements.

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE LA SUCCURSALE

N° d'immeuble		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			

Note importante

Veillez identifier un seul représentant par discipline demandée. Veillez transmettre une demande de rattachement de représentant pour chacun des autres représentants que vous désirez rattacher.

REPRÉSENTANT n° 1

N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
Disciplines					
Cabinet : <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Sans y être employé	Société autonome : <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Associé				

ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

REPRÉSENTANT n° 2

N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
Disciplines					
Cabinet : <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Sans y être employé	Société autonome : <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Associé				

ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

ANNEXE – LISTE DES EMPLOYÉS EN ASSURANCE DE DOMMAGES (547)

Veillez remplir une copie de cette annexe pour chacun des établissements. Veuillez identifier les employés visés par l'article 547 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (LDPSF)

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT					
N° d'immeuble		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
EMPLOYÉ N° 1					
N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					
EMPLOYÉ N° 2					
N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

ANNEXE – LIENS D’AFFAIRES

Veillez utiliser une copie de cette annexe pour déclarer chacun de vos liens d'affaires. Des pièces justificatives seront requises pour certains liens d'affaires.

DIRIGEANT OU ASSOCIÉ RESPONSABLE AU QUÉBEC (un seul)

M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)						Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour	
Est-ce que cette personne est certifiée au Québec?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DU DIRIGEANT OU DE L'ASSOCIÉ RESPONSABLE AU QUÉBEC							
N° d'immeuble			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

CORRESPONDANT (un seul)

M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)						Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour	
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DU CORRESPONDANT							
N° d'immeuble			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

ASSISTANT DU CORRESPONDANT (s'il y a lieu)

M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)						Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour	
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DE L'ASSISTANT DU CORRESPONDANT							
N° d'immeuble			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

Déclarez toutes les personnes autorisées à agir comme signataires pour votre cabinet ou votre société autonome auprès de l'Autorité. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 1							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone			Cellulaire				
Courriel							

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 2 (s'il y a lieu)							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone			Cellulaire				
Courriel							

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 3 (s'il y a lieu)							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone			Cellulaire				
Courriel							

Déclarez tous les administrateurs ou associés inscrits sur votre déclaration au Registre des entreprises. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 1								
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom				Nom		
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ								
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal		
Téléphone				Cellulaire				
Courriel								

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 2 (s'il y a lieu)								
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom				Nom		
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ								
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal		
Téléphone				Cellulaire				
Courriel								

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 3 (s'il y a lieu)								
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom				Nom		
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)					Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ								
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal		
Téléphone				Cellulaire				
Courriel								

Déclarez toutes les personnes qui détiennent des actions dans votre cabinet. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ACTIONNAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)										
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom				
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)						Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour				
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DE L'ACTIONNAIRE										
N° d'immeuble				Rue				App. / Unité		
Municipalité						Province			Code postal	
Téléphone				Cellulaire				Courriel		
LIENS DE L'ACTIONNAIRE AVEC D'AUTRES ENTITÉS										
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un assureur?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé										
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un autre inscrit?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé										
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					

ACTIONNAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)										
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom				
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)						Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour				
ADRESSE RÉSIDENTIELLE DE L'ACTIONNAIRE										
N° d'immeuble				Rue				App. / Unité		
Municipalité						Province			Code postal	
Téléphone				Cellulaire				Courriel		
LIENS DE L'ACTIONNAIRE AVEC D'AUTRES ENTITÉS										
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un assureur?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé										
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un autre inscrit?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé										
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____					

Déclarez toutes les entreprises qui détiennent des actions dans votre cabinet. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ACTIONNAIRE (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'actionnaire					
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ACTIONNAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPE D'ENTREPRISE					
<input type="checkbox"/> Assureur <input type="checkbox"/> Autre inscrit (cabinet, société autonome ou représentant autonome) <input type="checkbox"/> Autre					

ACTIONNAIRE (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'actionnaire					
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ACTIONNAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPE D'ENTREPRISE					
<input type="checkbox"/> Assureur <input type="checkbox"/> Autre inscrit (cabinet, société autonome ou représentant autonome) <input type="checkbox"/> Autre					

Déclarez tous les assureurs avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ASSUREUR N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'assureur					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ASSUREUR					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET ASSUREUR					
<input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente d'agent général <input type="checkbox"/> Entente de grossiste <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Activités de courtage <input type="checkbox"/> Activités de souscription <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres			

ASSUREUR N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'assureur					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ASSUREUR					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET ASSUREUR					
<input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente d'agent général <input type="checkbox"/> Entente de grossiste <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Activités de courtage <input type="checkbox"/> Activités de souscription <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres			

Déclarez tous les autres inscrits avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

AUTRE INSCRIT N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'inscrit					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AUTRE INSCRIT					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET AUTRE INSCRIT					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres		<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

AUTRE INSCRIT N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'inscrit					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AUTRE INSCRIT					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET AUTRE INSCRIT					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres		<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Déclarez tous les agents généraux avec qui vous avez une entente (pour les cabinets ou les sociétés autonomes en assurance de personnes ou en assurance collective de personnes seulement). Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

AGENT GÉNÉRAL N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

AGENT GÉNÉRAL N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

AGENT GÉNÉRAL N° 3 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

Déclarez tous les grossistes dont vous prévoyez utiliser les services (pour les cabinets ou les sociétés autonomes en assurance de dommages seulement). Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

GROSSISTE N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		

GROSSISTE N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		

GROSSISTE N° 3 (s'il y a lieu)					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		

Déclarez tous les prêteurs hypothécaires (personne morale) avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
NEQ (10 chiffres)					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
NEQ (10 chiffres)					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

Déclarez tous les prêteurs hypothécaires (personne physique) avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

Déclarez toutes les agences immobilières avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

DÉTENTEUR D'UN PERMIS IMMOBILIER DE L'OACIQ (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agence immobilière					
N° de permis OACIQ		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agence immobilière					
N° de permis OACIQ		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

Déclarez tous les courtiers immobiliers avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du courtier immobilier					
N° de permis OACIQ					
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du courtier immobilier					
N° de permis OACIQ					
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

Déclarez toutes les autres entreprises avec qui vous avez une entente dans le cadre de vos activités de courtage hypothécaire. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

COURTAGE HYPOTHÉCAIRE – AUTRE ENTREPRISE, NOTAMMENT ENTREPRENEUR EN CONSTRUCTION (s'il y a lieu)					
Nom de l'entreprise					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE CETTE AUTRE ENTREPRISE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
SECTEUR D'ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES DE CETTE AUTRE ENTREPRISE					
<p>Veillez préciser le secteur d'activités économiques de l'entreprise avec qui votre cabinet a un lien dans le cadre de ses activités de courtage hypothécaire régies par la <i>Loi sur la distribution de produits et services financiers</i>, par exemple un entrepreneur en construction, hébergement de données. _____</p> <p>_____</p>					
TYPES D'ENTENTE AVEC CETTE AUTRE ENTREPRISE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel 			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____ 		

PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE POUR LES LIENS D'AFFAIRES	
	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Annexe de compte (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative à l'absence d'un compte séparé <input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative à l'ouverture d'un compte séparé
Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés (1 document requis) <i>* Fournir une copie pour le dirigeant ou l'associé responsable au Québec ainsi que pour chacun des administrateurs ou associés inscrits sur la déclaration au Registre des entreprises.</i>	<input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés
Déclaration relative aux dirigeants responsables en courtage hypothécaire (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative aux dirigeants responsables en courtage hypothécaire
Document provenant du cabinet ou de la société autonome (1 document requis) <i>* Sauf pour les cabinets à un seul dirigeant, administrateur, correspondant et signataire.</i>	<input type="checkbox"/> Document signé par tous les administrateurs ou associés confirmant la nomination du dirigeant ou de l'associé responsable au Québec, du correspondant, de l'assistant du correspondant et des signataires autorisés <input type="checkbox"/> Résolution du conseil
Formation et expérience du dirigeant responsable (1 document requis) <i>* Seulement si le nouveau dirigeant responsable n'est pas certifié au Québec.</i>	<input type="checkbox"/> Curriculum vitæ <i>(L'Autorité se réserve le droit de faire passer des examens malgré la reconnaissance de l'expérience.)</i>
Certification du dirigeant responsable dans une autre province (1 document requis) <i>* Seulement si le dirigeant responsable demeure à l'extérieur du Québec, s'il n'est pas certifié au Québec et s'il n'a pas d'expérience au Québec dans le domaine des services financiers, mais en possède dans sa province d'origine.</i>	<input type="checkbox"/> Lettre expliquant la façon dont il compte gérer ses activités au Québec <i>(La lettre doit contenir des informations précises quant à la fréquence des visites et des conférences téléphoniques.)</i>

ANNEXE – 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 ou de représentant autonome et ayant mon principal établissement au :

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

Déclare ce qui suit :

- Le cabinet, la société autonome ou le 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 ou représentant autonome) signé :

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

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

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

ANNEXE – DÉCLARATION RELATIVE À L'OUVERTURE 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.

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

- Si vous êtes un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome, votre déclaration est faite à l'institution financière suivante :

INFORMATIONS CONCERNANT L'INSTITUTION FINANCIÈRE						
Nom de l'institution financière						
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal
Téléphone		Poste		Télécopieur		

Et une copie doit être envoyée à l'adresse suivante :

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

- Si vous êtes un cabinet qui est une institution financière, votre déclaration est uniquement à faire à l'Autorité, dont l'adresse est fournie ci-dessus.

Déclaration commune :

Je, soussigné, à titre de dirigeant du cabinet, associé de la société autonome ou représentant autonome et ayant mon principal établissement au :

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENTREPRISE ET LE DIRIGEANT, L'ASSOCIÉ OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME						
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)		
Nom de l'entreprise						
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
Signature				Date	____ / ____ / ____ année mois jour	

ADRESSE PRINCIPALE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			

INFORMATIONS CONCERNANT LE COMPTE SÉPARÉ	
N° du compte séparé à l'institution financière	

Déclare ce qui suit :

- Le compte séparé est ouvert au sein de l'institution financière dont les informations figurent ci-dessus;
- Ce compte est constitué des sommes que le cabinet, la société autonome ou le représentant autonome reçoit ou perçoit pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités régies par la Loi et ses règlements;
- Ce compte est régi par la Loi et ses règlements;
- Conformément aux registres de l'institution financière, les personnes dont le nom et la signature figurent ci-dessous sont autorisées à signer au nom du représentant autonome, du cabinet ou de la société autonome tout document relatif aux opérations courantes de ce compte :

INFORMATIONS CONCERNANT LES PERSONNES AUTORISÉES À SIGNER					
PERSONNE AUTORISÉE À SIGNER N° 1					
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signature				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
PERSONNE AUTORISÉE À SIGNER N° 2					
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signature				Date	____ / ____ / ____ année mois jour

DÉCLARATION SOLENNELLE

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

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

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

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

ANNEXE – DÉCLARATION DES DIRIGEANTS ET DES ADMINISTRATEURS OU ASSOCIÉS

Cette déclaration doit être remplie, signée et datée par le dirigeant responsable des opérations au Québec et par chacun des administrateurs et dirigeants du cabinet ou par chacun des associés de la société autonome inscrits sur la déclaration du registraire des entreprises. Une copie par dirigeant ou associé responsable, dirigeant, administrateur ou associé.

Nous vous invitons à consulter le feuillet d'accompagnement qui a été conçu pour vous aider à répondre aux questions de cette annexe. Il est disponible sur notre site Web, à la section « Professionnels — Cabinets et représentants ».

INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT, L'ADMINISTRATEUR OU L'ASSOCIÉ					
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom			Nom
M ^{me} <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Date de naissance : _____ / _____ / _____	année mois jour
N° de client (s'il y a lieu) (10 chiffres)					
Titre ou fonction au sein de l'inscrit ¹⁰					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME (L'INSCRIT)					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
Nom					

Veillez répondre aux questions de cet encadré si vous remplissez cette déclaration pour la première fois ou si vous devez mettre à jour des informations fournies préalablement.

Décrivez votre expérience à titre de **représentant**, celle dans le **secteur des services financiers** et celle en **gestion** au Québec ou ailleurs :

Représentant : ____ année(s) **Secteur des services financiers** : ____ année(s) **Gestion** : . année(s)

Description : _____

Cochez votre niveau d'études le plus élevé :

Primaire Secondaire Collégial

Universitaire (1^{er} cycle) Diplôme : _____

Universitaire (cycles supérieurs) Diplôme : _____

Cochez les titres professionnels détenus :

A.V.A. A.V.C. C.d'A.Ass. C.d'A.A. PAA PFA

PFC FLMI C.Fin.A. CRM Autre _____

¹⁰ Un inscrit au sens de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, est un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome.

Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous. Pour toute réponse positive aux questions 3 à 6, veuillez fournir les précisions demandées à la section *Renseignements complémentaires*.

1. Êtes-vous dirigeant ou employé d'un assureur? Oui Non
- Si oui, veuillez fournir l'information suivante : Dirigeant Employé
- Nom : _____ Numéro de client : _____
- Nom : _____ Numéro de client : _____
2. Êtes-vous dirigeant ou employé d'un autre inscrit? Oui Non
- Si oui, veuillez fournir l'information suivante : Dirigeant Employé
- Nom : _____ Numéro de client : _____
- Nom : _____ Numéro de client : _____
3. Êtes-vous une personne liée¹¹ à une autre entreprise de services financiers? Oui Non
4. Exercez-vous d'autres fonctions ou d'autres activités, rémunérées ou non, excluant celles pour lesquelles vous détenez un droit d'exercice de l'Autorité? Oui Non
5. Faites-vous l'objet d'une incapacité¹² vous empêchant de remplir votre rôle auprès de l'inscrit? Oui Non
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous, à titre personnel ou dans le cadre d'une fonction quelconque exercée au sein d'une entreprise de services financiers, fait l'objet d'une :

a) plainte actuellement non réglée déposée en vertu d'une loi encadrant le secteur des services financiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) démission, fin involontaire de contrat ou congédiement en lien avec des manquements commis, entre autres, à une loi, un règlement, une directive ou un code de déontologie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) enquête ou accusation de la part d'un ordre professionnel ou d'un organisme de surveillance du secteur des services financiers ou du secteur de l'immobilier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) procédure disciplinaire, amende ou décision de la part d'un organisme de surveillance du secteur des services financiers ou d'un tribunal administratif?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) annulation, suspension ou radiation de droit d'exercice dans le secteur des services financiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) incapacité à acquitter une obligation financière?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) saisie ou jugement non exécuté comportant des obligations financières?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) proposition, arrangement ou toute autre procédure en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité, de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies ou de toute autre loi traitant d'insolvabilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) requête en faillite, cession de biens, ordonnance ou toute autre procédure en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité, de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies ou de toute autre loi traitant d'insolvabilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
j) accusation ou déclaration de culpabilité relativement à une infraction ou un acte criminel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
k) poursuite civile en lien avec vos activités professionnelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

¹¹ Pour les particuliers, le lien de dépendance se définit par les liens du sang, du mariage, de l'union de fait, de l'union civile et de l'adoption. Deux personnes peuvent aussi être considérées liées dans les faits. Pour les entreprises, il faut examiner la notion de contrôle en plus des liens existants pour les particuliers.

¹² La notion d'« incapacité » fait référence à l'incapacité d'une personne d'exercer certains droits, en raison de la loi ou d'une décision judiciaire.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Veillez remplir les sections qui correspondent à votre situation.

AUTRES ACTIVITÉS ET LIENS DE DÉPENDANCE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 3 ou 4, veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom de l'entreprise : _____
- Domaine d'activité de l'entreprise : _____
- Vos fonctions : _____
- Clientèle cible de l'entreprise : _____
- Nom du propriétaire de l'entreprise : _____
- Nature du lien de dépendance (si applicable) : _____

INCAPACITÉ

Si vous avez répondu *oui* à la question 5, veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nature de l'incapacité : _____
- Date de prise d'effet : _____

PLAINTÉ NON RÉGLÉE

Si vous avez répondu *oui* à la question 6 a), veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom de la personne ou de l'entreprise visée : _____
- Nom du plaignant : _____
- Date de la plainte : _____
- Objet de la plainte : _____

DÉMISSION, FIN INVOLONTAIRE DE CONTRAT, CONGÉDIEMENT

Si vous avez répondu *oui* à la question 6 b), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Démission Fin involontaire de contrat Congédiement

- Nom de l'entreprise : _____
- Date de prise d'effet : _____
- Circonstances : _____

ENQUÊTE, ACCUSATION, PROCÉDURE DISCIPLINAIRE, ANNULATION, SUSPENSION OU RADIATION DE DROIT D'EXERCICE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 c), 6 d) ou 6 e), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Enquête Procédure disciplinaire, amende ou décision
 Accusation Annulation, suspension ou radiation de droit d'exercice

- Nom de la personne ou de l'entreprise visée : _____
- Nom de l'organisme : _____
- Date (de l'événement ou de la décision) : _____
- Numéro de la décision, le cas échéant : _____
- Résumé : _____

- Motifs : _____

SITUATION FINANCIÈRE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 f) ou 6 g), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Incapacité à acquitter une obligation financière Jugement non exécuté Saisie

- Nom de la personne ou de l'entreprise concernée : _____
- Montant dû au moment de l'événement : _____
- Nom de la personne ou de l'entreprise à qui le montant est ou était dû : _____
- Date d'échéance des paiements ou date du paiement final : _____
- Montant actuellement dû : _____

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 h) ou 6 i), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Proposition ou arrangement Requête en faillite, cession de biens ou ordonnance

- Nom de la personne ou de l'entreprise concernée : _____
- Date de la procédure : _____
- Causes et circonstances : _____

- Numéro de la décision, le cas échéant : _____
- Résumé de la décision ou du règlement : _____

- Montant actuellement dû : _____
- Créanciers : _____
- Situation actuelle : _____
- Date de la libération, le cas échéant : _____

POURSUITE CIVILE ET POURSUITE CRIMINELLE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 j) ou 6 k), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Accusation relativement à une infraction ou un acte criminel
- Déclaration de culpabilité relativement à une infraction ou un acte criminel
- Poursuite civile en lien avec vos activités professionnelles

• Nom de la personne ou de l'entreprise visée : _____

• Nom du ou des demandeurs (dans le cas d'une poursuite civile) : _____

• Type d'accusation ou d'infraction ou motif de la poursuite civile : _____

• Date de l'accusation ou de la déclaration de culpabilité, le cas échéant : _____

• Date du procès ou de l'appel, le cas échéant : _____

• Numéro de la décision, le cas échéant : _____

• Résumé de la décision ou du règlement, le cas échéant : _____

DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS (dirigeant, associé, administrateur)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

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

ANNEXE - DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS RESPONSABLES EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE

Cette déclaration doit être remplie, signée et datée seulement si vous demandez une inscription dans la discipline du courtage hypothécaire.

Le terme « dirigeant responsable » utilisé dans ce formulaire désigne le dirigeant responsable du principal établissement de la personne morale ou, l'associé responsable du principal établissement de la société.

INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT RESPONSABLE

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

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME (L'INSCRIT)

N° de client (10 chiffres)	NEQ (10 chiffres)
Nom	

DÉCLARATION

La personne morale ou la société déclare que le dirigeant responsable satisfait aux conditions suivantes :

a) détient un certificat en vigueur dans la discipline du courtage hypothécaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) répond à l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a réussi, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, les examens sur les compétences que doit posséder le dirigeant responsable en courtage hypothécaire; a agi, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, comme dirigeant responsable en courtage hypothécaire; a été inscrit, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, comme représentant autonome en courtage hypothécaire. 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) n'est pas en défaut de se conformer aux obligations relatives à la formation continue des dirigeants responsables en courtage hypothécaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS (DIRIGEANT OU ASSOCIÉ RESPONSABLE / SIGNATAIRE AUTORISÉ)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

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

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

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

Faites parvenir votre formulaire ainsi que les pièces justificatives requises à l'adresse suivante :

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