

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

Ce formulaire permet à une entreprise de retirer un représentant dans une ou toutes ses disciplines /catégories de discipline. Vous devez remplir un formulaire par représentant. Notez que le retrait prendra effet en date de l'approbation de la demande.

Si vous êtes représentant autonome, vous devez remplir le formulaire de retrait de discipline / d'inscription.

Note importante

La Loi sur la distribution de produits et services financiers, RLRQ, c. D-9.2 prévoit aux articles 104 et 144 :

Un cabinet ou une société autonome qui met fin à ses engagements avec un représentant doit en aviser immédiatement l'Autorité.

Si les motifs sont liés aux activités du représentant, l'Autorité doit en être informée. L'inscrit qui informe l'Autorité de ces motifs n'encourt aucune responsabilité civile de ce fait.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENT D'IDENTIFICATION							
INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / SOCIÉTÉ AUTONOME							
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)			
Nom de l'entreprise							
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>							
ADRESSE PRINCIPALE							
N° d'immeuble/ Case postale			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone					Télécopieur		
Courriel							
ADRESSE DE CORRESPONDANCE				Même que principale <input type="checkbox"/>			
N° d'immeuble / Case postale			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

REPRÉSENTANT VISÉ PAR LA CESSATION

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

PARTIE 3 – CHOIX DE DISCIPLINES / CATÉGORIES DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINES
<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	

MENTION AU CERTIFICAT

<input type="checkbox"/> Mention C (courtage spécial)	<input type="checkbox"/> 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 – DÉCLARATION

Veillez remplir cette partie si vous avez demandé le retrait du représentant dans toutes ses disciplines.

La cessation d'emploi prendra effet en date de l'approbation de la demande. Veuillez cependant préciser à quelle date vous avez cessé de faire affaire avec le représentant.

____ / ____ / ____
année mois jour

Veillez nous indiquer le motif ayant conduit à la cessation.

- Changement de catégorie
- Congédiement*
- Décès
- Démission à la demande de l'employeur*
- Démission volontaire*
- Fin de contrat*
- Retraite

***Si vous avez indiqué que le motif de la cessation était un congédiement, une démission à la demande de l'employeur, une démission volontaire ou une fin de contrat, veuillez remplir les sections suivantes :**

Veillez indiquer les faits et le contexte ayant conduit à la cessation :

Veillez nous indiquer si, à votre avis, la cessation est en lien avec :

1. La protection du public	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. L'intégrité du représentant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Les obligations et responsabilités du représentant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Un comportement fautif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » à une des questions précédentes, veuillez préciser si l'acte commis :

5. A un lien avec les activités de représentant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. A été fait dans l'exercice des fonctions de représentant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. A été fait à l'encontre de plusieurs clients.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. A entraîné une enquête interne.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. A ou va entraîner une poursuite légale de votre part	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. A ou va entraîner le dépôt d'une plainte à la chambre de la sécurité financière ou à la Chambre de l'assurance de dommages et / ou aux autorités policières.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. A été un acte isolé.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu non à la question 11, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un acte isolé, à combien de reprises a-t-il été répété?

PARTIE 5 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

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

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 formulaire à l'adresse suivante :

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