

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE**
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR**
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE**

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## **POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

Ce formulaire permet aux postulants provenant d'une province ou d'un territoire canadien de faire une demande d'autorisation de période probatoire, une demande de changement de superviseur ou une demande prolongation du certificat probatoire pour les disciplines de l'assurance de personnes, de l'assurance collectives de personnes et leurs catégories de disciplines.

### ***Note importante à l'employeur, au postulant et au superviseur***

---

#### **Tous les intervenants concernés doivent remplir le formulaire papier.**

- La réussite de la période probatoire est l'une des exigences requises pour l'obtention du certificat de représentant en assurance. Pendant la période probatoire, le stagiaire doit effectuer un minimum de 28 heures de travail par semaine pour six ou douze semaines selon la catégorie ou la discipline visée.
- Le postulant doit être titulaire d'un certificat probatoire valide avant d'accomplir tout geste relatif à sa pratique de stagiaire. Ce certificat probatoire est obligatoire et donne le droit au stagiaire d'exercer ses activités en toute légalité durant toute la durée de la période probatoire. Il s'agit d'un document officiel sur lequel sont indiquées les dates de début et de fin de la période probatoire, dates qui doivent obligatoirement être respectées. Toute pratique sans autorisation sera considérée comme une pratique illégale et assujettie à des sanctions.
- Durant toute la durée de validité du certificat probatoire, le postulant sera inscrit au registre public de l'Autorité à titre de stagiaire. Ce registre, accessible sur le site Web de l'Autorité, confirme aux consommateurs que le stagiaire a l'autorisation d'exercer des activités de stagiaire. Si la validité du certificat probatoire était prolongée ou écourtée, l'information serait automatiquement mise à jour dans le registre public.
- Pour obtenir un certificat probatoire, le postulant doit avoir une autorisation émise par une autorité compétente d'une province ou d'un territoire canadiens équivalente au certificat de représentant pour agir dans la catégorie de discipline visée. Il doit réussir l'examen prescrit ou, lorsque l'examen est réussi à l'extérieur du Québec, fournir un document attestant la réussite de celui-ci.
- Pendant la durée de validité de la période probatoire, le stagiaire doit aviser l'Autorité de toute modification à un renseignement ou à un document fourni dans les cinq jours de cette modification. La période probatoire est interrompue lorsque le stagiaire est dans l'une des situations suivantes : il n'est plus sous la supervision d'une personne autorisée ou il ne peut poursuivre la période probatoire pour cause d'invalidité, notamment en raison d'un retrait préventif, parce qu'il est en congé parental, ou parce que des circonstances exceptionnelles le justifient. Dans tous les autres cas, il y a abandon de la période probatoire.
- À la fin de la période probatoire, le postulant conserve le statut de stagiaire pour une période de 45 jours suivant la date de fin de votre période probatoire, à la condition qu'il transmette à l'Autorité sa demande de certificat de représentant dans le délai de 30 jours suivant la fin de sa période probatoire.
- Que le stagiaire ait été sous la supervision d'un ou de deux superviseurs, la demande de recommandation du superviseur en vue de l'obtention du certificat de représentant doit être remplie par un superviseur seulement.

- DEMANDE D'AUTORISATION DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

PARTIE 1 – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR (en lettres majuscules)									
DEMANDE D'AUTORISATION DE PÉRIODE PROBATOIRE									
Nom de l'employeur									
N° de client (10 chiffres)					N° d'inscription				
ADRESSE DE CORRESPONDANCE									
N° d'immeuble		Rue		Bureau					
Municipalité		Province		Code postal					
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Poste					
Cellulaire		Courriel							

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques.

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres majuscules) du dirigeant/associé responsable ou du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du dirigeant/associé responsable ou du signataire autorisé

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU POSTULANT (en lettres majuscules)									
INFORMATION DU STAGIAIRE									
N° de client (10 chiffres)									
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)		Nom						
M. <input type="checkbox"/>									
Date de naissance ____ / ____ / ____ jour mois année			Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>						
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue		Code postal					
Municipalité		Province		Code postal					
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Poste					
Cellulaire		Courriel							

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE**
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR**
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE**

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

### **POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

#### **PARTIE 3 – DOCUMENTS À FOURNIR**

Avec votre demande, vous devez présenter les documents suivants:

- Numéro d'inscription au Registre canadien des participants en assurance : \_\_\_\_\_
- Copie de l'autorisation émise par l'autorité compétente confirmant votre droit de pratique (ou confirmant que vous possédez un certificat) en vigueur ou expiré depuis moins d'un an :
- Document officiel attestant la réussite de l'examen Déontologie et pratique professionnelle (01-111) émis par le régulateur ou par son mandataire
- Preuve d'identité canadienne valide
  - Carte ou certificat de citoyenneté canadienne;
  - Carte de résident permanent
  - Certificat de naissance
  - Passeport canadien
  - Fiche relative au droit d'établissement
  - Permis de travail canadien

#### **PARTIE 4 – CHOIX DE LA PÉRIODE PROBATOIRE DANS LA DISCIPLINE OU CATÉGORIE DE DISCIPLINE**

Vous devez indiquer la discipline ou la catégorie dans laquelle le postulant fera sa période probatoire. La période probatoire effectuée dans une discipline est de 12 semaines. À raison d'un minimum de 28 heures par semaine, la période probatoire se divise en deux parties de 6 semaines, sauf pour la discipline de l'assurance de personnes. Ces deux parties correspondent aux deux catégories qui constituent la discipline. Il est obligatoire de respecter cette séquence afin d'avoir accès au certificat de représentant dans la discipline complète choisie.

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE**
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR**
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE**

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

Discipline ou catégorie	Date de début souhaitée
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes (12 semaines)	____ / ____ / ____ année mois jour
<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents (6 semaines)	____ / ____ / ____ année mois jour
<input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective (6 semaines)	____ / ____ / ____ année mois jour
<input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives (6 semaines)	____ / ____ / ____ année mois jour

**PARTIE 5 – CHOIX DE LA PÉRIODE DE VACANCES (s'il y a lieu)**

Le stagiaire doit avoir reçu son certificat avant de commencer sa période probatoire.

**Note importante**

*Au besoin, indiquez la ou les périodes de vacances prévues de votre postulant. Nous vous rappelons que le postulant a droit à une période de vacances d'au plus **7 jours** si la période probatoire s'effectue pour une **catégorie de discipline**. Il a droit à deux périodes de vacances totalisant au plus **14 jours** si la période probatoire s'effectue pour une **discipline**. Si aucune période de vacances n'est identifiée et que le postulant prend quand même des vacances durant sa période probatoire, **le certificat probatoire sera révoqué**.*

Est-ce que le postulant a planifié prendre des vacances durant la période probatoire?  Oui  Non

- Si oui, date de début des vacances pour une **catégorie de discipline** (une période) :

Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

Date de début pour des vacances pour une **discipline** (jusqu'à deux périodes d'une semaine) :

Date de début semaine 1 :

Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## POSTULANTS HORS-QUÉBEC

Date de début semaine 2 :

Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

### PARTIE 6 – DÉCLARATION DU POSTULANT

#### Note importante

*Cette section doit être remplie obligatoirement par le postulant.*

1. Exercerez-vous d'autres activités (rémunérées ou non) dans un domaine différent de celui lié à votre pratique de représentant en même temps que d'être détenteur d'un certificat probatoire ou de représentant? - Vous pouvez répondre **non** à cette question, si votre autre activité découle d'un droit de pratique accordé par l'Autorité des marchés financiers ou d'un permis de courtier hypothécaire accordé par l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec (OACIQ).  Oui  Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir et transmettre le *formulaire en cas de double emploi*.

2. Êtes-vous membre d'un ordre professionnel?  Oui  Non

➔ Lequel? \_\_\_\_\_ Quel est votre numéro de membre? \_\_\_\_\_

- ➔ Exercer-vous des activités liées à cette profession?  Oui  Non

3. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous plaidé coupable, été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger d'une infraction ou d'un acte criminel, fait l'objet de poursuites civiles en lien avec les activités de représentant ou fait l'objet de sanctions disciplinaires imposées par un comité de discipline? - Vous n'avez pas à répondre **oui** à cette question si vous avez été reconnu non coupable ou que les chefs d'accusation portés contre vous ont été retirés.  Oui  Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir et transmettre le *formulaire en cas de déclaration de culpabilité*.

4. Êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes, dépens ou intérêts imposés par un comité de discipline ou par la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision de l'un de ces comités ou êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes reliées à la commission d'une infraction en vertu des lois et Code suivant : *Loi sur la*  Oui  Non

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

### POSTULANTS HORS-QUÉBEC

*distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2;  
ancienne *Loi sur les intermédiaires de marché*, RLRQ, c. I-15.1;  
ancienne *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.1; *Loi sur  
les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1; *Code des professions*,  
RLRQ, c. C-26?

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

5. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous vu votre certificat ou votre droit de pratique suspendu, radié, révoqué, assorti de restrictions/conditions, ou avez-vous déjà été exclu soit par un comité de discipline, soit par un organisme du Québec, d'une autre province ou d'un autre État chargé de la surveillance et du contrôle des personnes agissant à titre de représentant, dans une discipline/catégorie encadrée par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 ou par la *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1?  Oui  Non

➔ N° de décision : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du décideur : \_\_\_\_\_ Discipline/Catégorie : \_\_\_\_\_

6. Depuis votre dernière déclaration, êtes-vous ou avez-vous fait faillite, fait cession de vos biens ou été sous le coup d'une ordonnance de séquestre prononcée en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité*, L.R.C. (1985), c. B-3?  Oui  Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir et transmettre le *formulaire en cas de faillite*.

7. Êtes-vous sous un régime de protection de tutelle, de curatelle ou de conseiller au majeur? (Le régime de protection est un mécanisme prévu par la loi pour protéger les personnes frappées d'une incapacité juridique. Le superviseur n'est pas considéré comme un tuteur, un curateur ou un conseiller au majeur).  Oui  Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

8. Avez-vous déjà été administrateur, dirigeant ou associé d'un cabinet ou d'une société autonome dont l'inscription a été radiée en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2?  Oui  Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## POSTULANTS HORS-QUÉBEC

Je déclare que les renseignements fournis sur la présente déclaration et le présent formulaire sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Signature du postulant                      année    mois    jour

### PARTIE 7 – CHOIX DE SUPERVISEURS/SUPLÉANT

Vous devez identifier un ou deux superviseurs qui se chargeront de la supervision du postulant. Au besoin, veuillez également identifier un représentant qui agira à titre de suppléant lors des absences du ou des superviseurs et veuillez indiquer la ou les périodes d'absence.

Dans le cas où vous souhaiteriez nommer des superviseurs différents pour chacune des catégories de discipline, veuillez imprimer et joindre une autre *Partie 6 – Choix de superviseurs/suppléant*.

#### Note importante

---

*Au moment de la période probatoire, le superviseur ou le suppléant est un représentant autorisé à exercer et doit avoir détenu un certificat pendant au moins 24 mois dans les 36 derniers mois, dans la même discipline ou catégorie que celle dans laquelle le postulant désire exercer. Il doit aussi satisfaire aux conditions des articles 45 et 46 du [Règlement relatif à la délivrance et au renouvellement du certificat de représentant](#) (Règlement).*

*Si un stagiaire est encadré par deux superviseurs, l'un d'eux peut s'absenter durant la période probatoire. Il n'est pas nécessaire d'en informer l'Autorité puisque le deuxième superviseur prendra la relève auprès du stagiaire. Si les deux superviseurs doivent s'absenter au même moment, vous devez nommer un suppléant sinon la période probatoire sera interrompue.*

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

PARTIE 7.1 – SUPERVISEUR 1								
IDENTIFICATION DU SUPERVISEUR 1 (OBLIGATOIRE)								
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)				Nom			
M. <input type="checkbox"/>								
N° de client (10 chiffres)				N° de certificat (6 chiffres)				
Discipline ou catégorie de discipline supervisée								
Nom de l'employeur						N° d'inscription		
ADRESSE DE CORRESPONDANCE								
N° d'immeuble			Rue				Bureau	
Municipalité				Province			Code postal	
Téléphone (travail)				Poste		Cellulaire		
Télécopieur				Courriel				

Vacances prévues durant la période allant du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 année mois jour année mois jour

### DÉCLARATION DU SUPERVISEUR 1

1. Avez-vous, au cours des cinq années précédant la demande du postulant, fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline constitué en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision d'un de ces comités?  Oui  Non

➔ **Si oui**, veuillez détailler le type de sanction et identifier le comité l'ayant émis. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.

N° de décision : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous, au cours des cinq dernières années précédant la demande du postulant, été radié par un comité de discipline d'un ordre professionnel?  Oui  Non

➔ **Si oui**, veuillez détailler la radiation. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.



- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE**
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR**
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE**

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

N° de décision : \_\_\_\_\_

3. Votre certificat est-il assorti de conditions ou de restrictions émises en vertu des articles 218, 219 ou 220 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* affectant votre capacité d'agir à titre de superviseur?  Oui  Non

➔ **Si oui**, veuillez détailler les conditions et restrictions, le cas échéant.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ entends superviser \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du superviseur Nom et prénom du postulant

pour la durée de sa période probatoire et déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques. Je m'engage à informer l'Autorité des marchés financiers de tout changement dans les cinq jours de la date à laquelle il survient ainsi qu'à respecter les conditions d'exercice en tant que représentant.

\_\_\_\_\_  
 Signature du superviseur 1 Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

PARTIE 7.2 – SUPERVISEUR 2									
IDENTIFICATION DU SUPERVISEUR 2									
<input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>	<input type="checkbox"/> M.	Prénom(s)		Nom					
N° de client (10 chiffres)			N° de certificat (6 chiffres)						
Discipline ou catégorie de discipline supervisée									
Nom de l'employeur				N° d'inscription					
ADRESSE DE CORRESPONDANCE									
N° d'immeuble		Rue		Bureau					
Municipalité			Province		Code postal				
Téléphone (travail)			Poste		Cellulaire				
Télécopieur			Courriel						

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

### POSTULANTS HORS-QUÉBEC

Vacances prévues durant la période allant du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour année mois jour

#### DÉCLARATION DU SUPERVISEUR 2

1. Avez-vous, au cours des cinq années précédant la demande du postulant, fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline constitué en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision d'un de ces comités?  Oui  Non  

➔ **Si oui**, veuillez détailler le type de sanction et identifier le comité l'ayant émis. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.

N° de décision : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous, au cours des cinq dernières années précédant la demande du postulant, été radié par un comité de discipline d'un ordre professionnel?  Oui  Non  

➔ **Si oui**, veuillez détailler la radiation. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.

N° de décision : \_\_\_\_\_
3. Votre certificat est-il assorti de conditions ou de restrictions émises en vertu des articles 218, 219 ou 220 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* affectant votre capacité d'agir à titre de superviseur?  Oui  Non  

➔ **Si oui**, veuillez détailler les conditions et restrictions, le cas échéant.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ entends superviser \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du superviseur Nom et prénom du postulant

pour la durée de sa période probatoire et déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques. Je m'engage à informer l'Autorité des marchés financiers de tout changement dans les cinq jours de la date à laquelle il survient ainsi qu'à respecter les conditions d'exercice en tant que représentant.

\_\_\_\_\_  
Signature du superviseur 2

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

PARTIE 7.3 – SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 1							
IDENTIFICATION DU SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 1							
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)			Nom			
M. <input type="checkbox"/>							
N° de client (10 chiffres)				N° de certificat (6 chiffres)			
Discipline ou catégorie de discipline supervisée							
Nom de l'employeur				N° d'inscription			
ADRESSE DE CORRESPONDANCE							
N° d'immeuble		Rue				Bureau	
Municipalité				Province			Code postal
Téléphone (travail)				Poste		Cellulaire	
Télécopieur				Courriel			

**DÉCLARATION DU SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 1**

1. Avez-vous, au cours des cinq années précédant la demande du postulant, fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline constitué en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision d'un de ces comités?  Oui  Non

➔ **Si oui**, veuillez détailler le type de sanction et identifier le comité l'ayant émis. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.

N° de décision : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous, au cours des cinq dernières années précédant la demande du postulant, été radié par un comité de discipline d'un ordre professionnel?  Oui  Non

➔ **Si oui**, veuillez détailler la radiation. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.

N° de décision : \_\_\_\_\_

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

### POSTULANTS HORS-QUÉBEC

3. Votre certificat est-il assorti de conditions ou de restrictions émises en vertu des articles 218, 219 ou 220 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* affectant votre capacité d'agir à titre de superviseur?  Oui  Non

→ **Si oui**, veuillez détailler les conditions et restrictions, le cas échéant.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ entends superviser \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du superviseur Nom et prénom du postulant

pour la durée de sa période probatoire et déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques. Je m'engage à informer l'Autorité des marchés financiers de tout changement dans les cinq jours de la date à laquelle il survient ainsi qu'à respecter les conditions d'exercice en tant que représentant.

\_\_\_\_\_  
 Signature du suppléant du superviseur 1 Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

PARTIE 7.4 – SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 2							
IDENTIFICATION DU SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 2 (s'il y a lieu)							
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)		Nom				
M. <input type="checkbox"/>							
N° de client (10 chiffres)			N° de certificat (6 chiffres)				
Discipline ou catégorie de discipline supervisée							
Nom de l'employeur				N° d'inscription			
ADRESSE DE CORRESPONDANCE							
N° d'immeuble		Rue		Bureau			
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone (travail)			Poste		Cellulaire		
Télécopieur			Courriel				

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## POSTULANTS HORS-QUÉBEC

### DÉCLARATION DU SUPPLÉANT DU SUPERVISEUR 2

1. Avez-vous, au cours des cinq années précédant la demande du postulant, fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline constitué en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision d'un de ces comités?  Oui  Non
- ➔ **Si oui**, veuillez détailler le type de sanction et identifier le comité l'ayant émis. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.
- N° de décision : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous, au cours des cinq dernières années précédant la demande du postulant, été radié par un comité de discipline d'un ordre professionnel?  Oui  Non
- ➔ **Si oui**, veuillez détailler la radiation. Indiquez aussi le n° de décision, le cas échéant.
- N° de décision : \_\_\_\_\_
3. Votre certificat est-il assorti de conditions ou de restrictions émises en vertu des articles 218, 219 ou 220 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* affectant votre capacité d'agir à titre de superviseur?  Oui  Non
- ➔ **Si oui**, veuillez détailler les conditions et restrictions, le cas échéant.
- ➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ entends superviser \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du superviseur Nom et prénom du postulant

pour la durée de sa période probatoire et déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques. Je m'engage à informer l'Autorité des marchés financiers de tout changement dans les cinq jours de la date à laquelle il survient ainsi qu'à respecter les conditions d'exercice en tant que représentant.

\_\_\_\_\_  
Signature du suppléant du superviseur 2

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## POSTULANTS HORS-QUÉBEC

### PARTIE 8 – CHANGEMENT DE SUPERVISEUR

#### Note importante

À remplir seulement si cette situation s'applique à vous. Les parties 1 à 6 doivent également être remplies.

Le titulaire d'un certificat probatoire peut changer de superviseur pendant la période probatoire sans que la durée de celle-ci ne soit affectée à la condition que l'Autorité ait été informée au moins 10 jours avant le changement proposé et que le nouveau superviseur agisse pour le même cabinet ou la même société autonome, le cas échéant.

Date prévue du changement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Raison du changement de superviseur :

---

---

---

---

Nouveau superviseur (celui-ci doit remplir la Partie 6 et la Partie 6.1) :

M<sup>me</sup>  M.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
(en lettres majuscules)

N° de certificat : \_\_\_\_\_

### PARTIE 9 – PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

#### Note importante

À remplir seulement si cette situation s'applique à vous. Les parties 1 à 6 doivent également être remplies.

En cas d'interruption de la période probatoire, le titulaire d'un certificat probatoire doit cesser immédiatement de poser les actes réservés aux stagiaires. Il peut demander à l'Autorité l'autorisation de prolonger cette période pour la durée non écoulée en transmettant une demande à cet effet, accompagnée des documents démontrant la cause de l'interruption. L'interruption de la période probatoire ne peut cependant pas durer plus de 4 semaines.

Période d'interruption de la période probatoire :

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

### POSTULANTS HORS-QUÉBEC

Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Date prévue du retour à la période probatoire : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

## PARTIE 10 – AJOUT DE VACANCES AU STAGIAIRE DURANT LA PÉRIODE PROBATOIRE

### Note importante

À remplir seulement si cette situation s'applique à vous. Les parties 1 à 6 doivent également être remplies, sauf la partie 4.

Deux critères doivent être respectés pour qu'un stagiaire puisse ajouter des vacances à sa période probatoire :

- La demande de modification de période probatoire (papier) doit nous être transmise avant le début des vacances et être accompagnée des frais requis. Cette demande ne peut pas être faite par le biais des services en ligne.
- La durée totale des journées de vacances du stagiaire ne doit pas dépasser le maximum prévu dans les articles 34 et 35 du Règlement, c'est-à-dire un maximum d'une semaine par catégorie de discipline.

Date de début des vacances pour une **catégorie de discipline** (une période) :

Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Date de début pour des vacances pour une **discipline** (jusqu'à deux périodes d'une semaine) :

Date de début semaine 1 :

Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Date de début semaine 2 :

Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

- DEMANDE D'AUTORISATION  
DE PÉRIODE PROBATOIRE
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

SVP, ne pas supprimer cette page lors de l'impression de votre formulaire.

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page **Partie 11 - Frais exigibles et Paiement** doit être imprimée sur une page seule, sans information au verso.



- DEMANDE D'AUTORISATION DE PÉRIODE PROBATOIRE**
- CHANGEMENT DE SUPERVISEUR**
- PROLONGATION DU CERTIFICAT PROBATOIRE**

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

**POSTULANTS HORS-QUÉBEC**

PARTIE 11 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT			
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT			
N° de client (10 chiffres)			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
Nom de l'entreprise			
FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 <sup>er</sup> JANVIER 2019 AU 31 DÉCEMBRE 2019 (Veuillez noter que les frais ne sont pas remboursables.)			
Frais d'étude de la demande :		<input checked="" type="checkbox"/> 69 \$ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p style="font-size: 0.8em;">Si vous payez par carte de crédit, veuillez reporter ce montant à l'endroit indiqué d'un * ci-dessous. Si le montant indiqué est supérieur au montant dû, nous nous réservons le droit de corriger ce montant et de l'ajuster à la baisse.</p> </div>	
MODE DE PAIEMENT			
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste		<p>Veuillez faire votre paiement à l'ordre de <b>l'Autorité des marchés financiers</b> et le dater <b>du jour de l'envoi</b> de votre formulaire.</p>	
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express		<p>J'accepte que l'Autorité prélève la somme de * _____ \$.</p> <p>N° de la carte : _____ / _____ / _____ / _____</p> <p>Date d'expiration : ____ / ____ mois                  année</p> <p>_____</p> <p><b>Nom du détenteur de la carte de crédit (en lettres majuscules)</b></p> <p>_____</p> <p>Signature du détenteur de la carte de crédit</p> <p style="text-align: right;">Date : ____ / ____ / ____ année                  mois                  jour</p>	

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