

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

Services en ligne

Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant les services en ligne accessibles sur notre site Web au www.lautorite.qc.ca/.

Note importante

Assurez-vous d'avoir obtenu votre autorisation d'inscription **avant** de faire votre demande.

PARTIE 1 – INFORMATION D'IDENTIFICATION (en lettres majuscules)							
INFORMATION DU CLIENT							
N° de client (10 chiffres)							
M ^{me} <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		App.			
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone (domicile)			Téléphone (travail)			Poste	
Cellulaire			Courriel				

Note importante

Une demande incomplète occasionne des délais de traitement additionnels. De plus, si le délai exigé pour le retour de vos pièces manquantes n'est pas respecté, votre demande d'inscription aux examens sera annulée et aucun remboursement ne sera appliqué.

PARTIE 2 – CHOIX DES EXAMENS

Notez que vous pouvez passer plusieurs examens la même journée ou les échelonner sur une période maximale de 90 jours, et ce, en ne payant qu'une seule fois les frais d'inscription, à condition de déterminer sur ce formulaire toutes les dates prévues pour vos examens. Toute nouvelle demande d'inscription aux examens comporte des frais d'inscription.

Pour une demande d'un postulant autorisé à agir dans une autre province ou territoire du Canada

Si vous êtes autorisé à agir comme représentant dans une autre province ou territoire canadien et que vous répondez à toutes les exigences d'entrée dans la carrière, vous devez réussir seulement les examens ayant trait aux notions de droit et de lois et de fiscalité. Si cette condition ne s'applique pas à vous, vous devez faire tous les examens applicables.

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

Pour une demande de remise en vigueur

- Une personne ayant abandonné son certificat pour une période de plus d'un an et de moins de trois ans, et ayant détenu un certificat durant au moins un an, doit réussir seulement l'examen ayant trait aux notions de déontologie et pratique professionnelle applicables.

Pour vous inscrire à vos examens, vous devez consulter le calendrier d'examens (incluant l'horaire) et indiquer les renseignements suivants sur tableau ci-dessous :

- la langue et le lieu;
- la séquence de passation dans laquelle vous désirez être inscrit à vos examens (exemple : si vous désirez passer l'examen 01-312 en premier, indiquez 1 dans la colonne « Séquence de passation » vis-à-vis de cet examen et 2 vis-à-vis l'examen 01-111);
- la date de passation et la plage horaire (si vous le désirez, vous pouvez faire 3 choix par ordre de préférence).
- Si vous avez un numéro de réservation, veuillez l'inscrire dans l'espace prévu pour le lieu de l'examen. Indiquez également la langue demandée.

ASSURANCE DE PERSONNES				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 4)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

ASSURANCE CONTRE LA MALADIE OU LES ACCIDENTS				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 2)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 4)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 3)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

RÉGIMES DE RENTES COLLECTIVES				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 2)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

REMISE EN VIGUEUR D'UN CERTIFICAT			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

REPRÉSENTANT DU QUÉBEC QUI SOUHAITE SE CERTIFIER DANS UNE AUTRE PROVINCE DU CANADA			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-112 – Déontologie et pratique professionnelle (Canada)	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

Avis de convocation

Un avis de convocation vous sera envoyé lorsque l'Autorité aura traité votre demande à la suite de la réception du paiement des frais exigibles. Cet avis de convocation confirmera votre horaire d'examens. Sur réception de votre avis de convocation, vérifiez les dates et heures de vos examens. Il est possible que l'Autorité ne puisse pas vous inscrire aux dates et aux plages horaires que vous demandez compte tenu du nombre limité de places dans les salles d'examens.

Demande de report ou d'annulation d'examens

Pour changer la date ou l'heure d'un examen auquel vous êtes déjà inscrit, faites votre demande en utilisant le formulaire demande de report ou d'annulation d'examens.

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

PARTIE 3 – DIVULGATION DE LA DÉCISION À UNE TIERCE PERSONNE

Cette section du formulaire vous permet d'identifier une tierce personne à laquelle vous souhaitez que votre décision d'attestation soit divulguée, qu'elle soit inscrite à l'Autorité des marchés financiers ou non.

Souhaitez-vous que le résultat de votre demande soit divulgué à une tierce personne? Oui Non

Si oui, cette personne ou cette entreprise est-elle inscrite auprès de l'Autorité?

Oui

N° client à l'Autorité : _____
Prénom : _____
Nom : _____
Nom de l'entreprise : _____

Non

Prénom : _____
Nom : _____
Nom de l'entreprise : _____
Langue de correspondance : Français Anglais

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (TIERCE PERSONNE)

N° d'immeuble		Rue		App.	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Poste	
Cellulaire		Courriel			

PARTIE 4 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

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

Signature

Date : _____ / _____ / _____
année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

PARTIE 5 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT			
INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT			
N° de client (10 chiffres)			
M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
Nom de l'entreprise			
FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 ^{er} JANVIER 2019 AU 31 DÉCEMBRE 2019 (les frais ne sont pas remboursables)			
Frais d'inscription aux examens :	<input type="checkbox"/> 146 \$	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.	
Frais de divulgation :	<input type="checkbox"/> 25 \$		
Montant dû :	_____ \$		
MODE DE PAIEMENT			
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste	Veuillez faire votre paiement à l'ordre de l'Autorité des marchés financiers et le dater du jour de l'envoi de votre formulaire.		
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	J'accepte que l'Autorité prélève la somme de * _____ \$. N° de la carte : _____ / _____ / _____ / _____ Date d'expiration : _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> mois année </div> <hr/> Nom du détenteur de la carte de crédit (en lettres majuscules) <hr/> Signature du détenteur de la carte de crédit <div style="float: right; text-align: right; margin-top: 10px;"> Date : _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> année mois jour </div> </div>		

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