

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

Ce formulaire s'adresse à tout cabinet qui veut inscrire un courtier spécial. Seul un courtier en assurance de dommages qui agit pour le compte d'un cabinet peut être un courtier spécial. Le courtage spécial permet d'offrir un produit d'un assureur externe lorsque la rareté du marché le justifie. La rareté du marché implique qu'au moins trois assureurs titulaires d'un permis au Québec aient refusé d'émettre une assurance pour un risque donné.

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET QUI DEMANDE L'AUTORISATION

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

Nom du cabinet	
----------------	--

**INFORMATIONS CONCERNANT LE COURTIER QUI DEMANDE L'AUTORISATION
(assurance de dommages seulement)**

N° de client (10 chiffres)	
-------------------------------	--

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
M ^{me} <input type="checkbox"/>				

Date de naissance	____ / ____ / ____	
	année mois jour	

**INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSUREURS DE DOMMAGES
(titulaires de permis au Québec pour lesquels le cabinet est autorisé à offrir des services et à vendre des produits)**

NOM ET ADRESSE D'AFFAIRES DE L'ASSUREUR N° 1

Nom de l'assureur	
-------------------	--

N° d'immeuble/ Case postale		Rue		App. / Unité	
--------------------------------	--	-----	--	-----------------	--

Municipalité		Province		Code postal	
--------------	--	----------	--	-------------	--

NOM ET ADRESSE D'AFFAIRES DE L'ASSUREUR N° 2

Nom de l'assureur	
-------------------	--

N° d'immeuble/ Case postale		Rue		App. / Unité	
--------------------------------	--	-----	--	-----------------	--

Municipalité		Province		Code postal	
--------------	--	----------	--	-------------	--

NOM ET ADRESSE D'AFFAIRES DE L'ASSUREUR N° 3

Nom de l'assureur	
-------------------	--

N° d'immeuble/ Case postale		Rue		App. / Unité	
--------------------------------	--	-----	--	-----------------	--

Municipalité		Province		Code postal	
--------------	--	----------	--	-------------	--

PARTIE 2 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

DEMANDE DE CERTIFICAT DE REPRÉSENTANT

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Demande d'autorisation – Courtier spécial <i>2 documents requis</i>	<input type="checkbox"/> Derniers états financiers signés par 2 administrateurs <input type="checkbox"/> Copie du cautionnement de 100 000 \$

PARTIE 3 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES PAR L'AUTORITÉ POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1^{ER} JANVIER 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020

Frais d'étude de la demande 53 \$

TOTAL	53 \$
--------------	--------------

PARTIE 4 – DÉCLARATION DU DIRIGEANT RESPONSABLE DU CABINET

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

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

BORDEREAU DE PAIEMENT

INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT

N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise			

FRAIS EXIGIBLES (les frais ne sont pas remboursables)

Montant dû : 53 \$

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

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 : _____ / _____ mois année <hr/> Nom du détenteur de la carte de crédit (en lettres majuscules) <hr/> Signature du détenteur de la carte de crédit
	Date : _____ / _____ / _____ jour mois année

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