

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 dans la section **Professionnels**.

Ce formulaire vous permet de demander un certificat dans une ou plusieurs disciplines / catégories de discipline.

Au préalable, vous devez vous assurer d'avoir des examens valides et réussi votre période probatoire dans la discipline / catégorie de discipline que vous demandez.

Vous faites une demande pour :

- une délivrance de certificat
- un ajout de catégorie / discipline
- une remise en vigueur de certificat

Si vous désirez exercer vos activités à titre de **représentant autonome**, vous devez d'abord transmettre le **formulaire d'inscription de représentant autonome** et attendre votre numéro de client afin de pouvoir remplir ce formulaire de certificat de représentant.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION**INFORMATIONS CONCERNANT LE POSTULANT / REPRÉSENTANT**

N° de client (10 chiffres)							
M. <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom			
M ^{me} <input type="checkbox"/>							
Date de naissance _____ / _____ / _____ année mois jour			Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				
ADRESSE RÉSIDENIELLE							
N° d'immeuble/		Rue		App. / Unité			
Municipalité		Province		Code postal			
Téléphone		Cellulaire					
Télécopieur		Courriel					
ADRESSE DE CORRESPONDANCE			Même que résidentielle <input type="checkbox"/>				
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		App. / unité			
Municipalité		Province		Code postal			

Note importante

Veuillez identifier l'entreprise pour laquelle vous demandez le rattachement. Prenez note que le numéro de client est un champ obligatoire correspondant au siège social de l'entreprise.

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / LA SOCIÉTÉ AUTONOME / LE REPRÉSENTANT AUTONOME

N° de client (10 chiffres)		Nom de l'entreprise			
Téléphone		Poste		Télécopieur	
Courriel					

L'entreprise est-elle inscrite aux services en ligne de l'Autorité? Oui Non

→ Si vous avez répondu oui, vous n'avez pas à remplir la partie **Rattachement** du présent formulaire.

PARTIE 3 – CHOIX DE DISCIPLINE / CATÉGORIE DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
<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 sinistres des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises
<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	
DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT	
<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)	

Note importante

POUR TOUTES LES DISCIPLINES AUTRES QUE LA PLANIFICATION FINANCIÈRE

Pour avoir accès au certificat de représentant dans une discipline complète, vous devez avoir effectué une période probatoire de **12 semaines**. Pour avoir accès au certificat de représentant dans une catégorie de discipline, vous devez avoir effectué une période probatoire de **6 semaines**.

Si cette demande est soumise dans les 30 jours suivant la fin de votre période probatoire, votre certificat probatoire demeure en vigueur pour une durée maximale de **45 jours** à compter de la fin de la période probatoire. Durant cette période, vous demeurerez sous la responsabilité de votre superviseur. Si ce délai de 45 jours était dépassé, vous ne pourriez plus poser de gestes de stagiaire aussi longtemps que vous n'aurez pas obtenu votre certificat.

Exemple - Fin de période : **1^{er} juin**

Dépôt de la demande : **10 juin (dans les 30 jours)**

Certificat probatoire valide jusqu'au **15 juillet**

Par ailleurs, veuillez vous assurer que la recommandation du superviseur a été envoyée à la Direction de la qualification à Montréal sans quoi, nous ne pourrions traiter votre demande de certificat.

PARTIE 4 – DÉCLARATION

Veuillez remplir la déclaration suivante. Si vous répondez oui à l'une des questions 1, 4 ou 7, vous devez remplir le formulaire requis et le joindre à votre demande. Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande.

1. Exercerez-vous d'autres activités (rémunérées ou non) dans un domaine différent de celui lié à votre pratique de représentant tout en détenant un certificat probatoire ou de représentant? Oui Non

Vous pouvez répondre non à cette question, si votre autre activité découle d'un droit de pratique accordé par l'Autorité.

Si oui, avez-vous déjà déclaré cette autre activité? Oui Non

Si vous n'avez pas déjà déclaré cette autre activité, veuillez remplir et transmettre le *formulaire en cas de double emploi*.

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

La Chambre de la sécurité financière (CSF), la Chambre de l'assurance de dommages (ChAD), l'Institut québécois de planification financière (IQPF) et l'Autorité des marchés financiers (AMF) ne sont pas des ordres professionnels.

Si oui, lequel? _____

Quel est votre numéro de membre? _____

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI_dem-certif-rep_mai 2020

3. Depuis votre dernière déclaration, êtes-vous devenu courtier immobilier? Oui Non

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

Quel est votre numéro de membre? _____

- Exercez-vous des activités liées à cette profession? Oui Non

4. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous été accusé, déclaré coupable, condamné par un tribunal canadien ou étranger d'une infraction ou d'un acte criminel; fait l'objet de sanctions disciplinaires imposées par un comité de discipline; fait l'objet de poursuites civiles en lien avec les activités de représentant? Oui Non

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

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

5. Êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes, les dépens et les intérêts imposés soit par un comité de discipline soit 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 du code suivants : *Loi sur la distribution de produits et services financiers, RLRQ, c. D-9.2; Loi sur les intermédiaires de marché, L.R.Q., c. I-15.1; ancienne Loi sur le courtage immobilier, L.R.Q., c. C-73.1; Loi sur les valeurs mobilières, RLRQ, c. V-1.1; Code des professions, RLRQ, c. C-26?* Oui Non

6. 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 par un comité de discipline 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

Vous n'avez pas à répondre oui à cette question s'il s'agit d'une décision rendue par l'Autorité, cette dernière détient déjà cette information.

Numéro de décision _____

Date _____

Nom du décideur _____

Discipline / catégorie _____

7. 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*, LRC 1985, c B-3? Oui Non

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

8. Depuis votre dernière déclaration, êtes-vous pourvu d'un tuteur, curateur ou conseiller? (Le superviseur n'est pas considéré comme un tuteur, un curateur ou un conseiller). Oui Non

9. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous été administrateur, dirigeant, 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

PARTIE 5 – 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.

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 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Formation en planification financière (1 document requis) <i>* Planification financière seulement</i>	<input type="checkbox"/> Diplôme de planificateur financier de l'Institut québécois de planification financière (IQPF) <input type="checkbox"/> Lettre de réussite de l'examen de l'IQPF
Preuve d'identité canadienne valide (1 document requis) <i>* Demande de délivrance de certificat en planification financière seulement</i>	<input type="checkbox"/> Preuve de citoyenneté <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent <input type="checkbox"/> Certificat de baptême antérieur à 1994 <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Fiche relative au droit d'établissement <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de travail
Formation complétée stage scolaire (1 document requis) <i>* Stage scolaire en milieu de travail seulement</i>	<input type="checkbox"/> Relevé de notes officiel démontrant la réussite du diplôme d'études collégiales (DEC)

PARTIE 7 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1^{ER} JANVIER 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020

POUR TOUTES LES DEMANDES (sauf la demande d'ajout de mention E)

Frais d'étude de dossier	40 \$
Droit exigible par discipline	96 \$

Cotisation aux Chambres

Vous devez acquitter la cotisation à la Chambre de la sécurité financière (CSF) pour l'année civile en cours à moins de l'avoir déjà fait.
Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Assurance de personnes, assurance collective de personnes ou planification financière

Cotisation annuelle à la CSF _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à la CSF est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

Vous devez acquitter la cotisation à la Chambre de l'assurance de dommages (ChAD) selon la première lettre de votre nom de famille, à moins de l'avoir déjà fait.
Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Assurance de dommages ou expertise en règlement de sinistres

Cotisation annuelle à la ChAD _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à la ChAD est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

Cotisation AMF (encadrement du courtage hypothécaire)

Vous devez acquitter les droits exigibles pour la cotisation AMF selon la première lettre de votre nom de famille.
Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Courtage hypothécaire

Cotisation annuelle (encadrement du courtage hypothécaire) _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à l'AMF est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

SOUS-TOTAL	_____	\$
-------------------	-------	-----------

DEMANDE D'AJOUT DE MENTION E (Expertise en règlement de sinistres)

Frais d'étude de la demande	40 \$
-----------------------------	-------

SOUS-TOTAL	_____	\$
-------------------	-------	-----------

GRAND TOTAL

Veillez rapporter le montant total au bordereau de paiement sur la page suivante.

GRAND TOTAL	_____	\$
--------------------	-------	-----------

BORDEREAU DE PAIEMENT

INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT

N° de client (10 chiffres)

M.
M^{me}

Prénom

Nom

FRAIS EXIGIBLES (les frais ne sont pas remboursables)

Montant dû : _____ \$

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

- Chèque
 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.

- Visa
 Mastercard
 American Express

J'accepte que l'Autorité prélève la somme de _____ \$ *

N° de la carte : _____ / _____ / _____ / _____

Date d'expiration : _____ / _____
mois année

Nom du détenteur de la carte de crédit
(en lettres majuscules)

Signature du détenteur de la carte de crédit

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 paiement à l'adresse suivante :

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

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

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page
Bordereau de paiement doit être imprimée sur une page
seule, sans information au verso.

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION À LA CHAMBRE DE LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE (CSF)

Prenez note que si vous avez eu un certificat actif pendant l'année civile en cours, vous devez acquitter la cotisation à la CSF pour l'année complète (374,82 \$), à moins de l'avoir déjà fait.

Instructions

La cotisation à la CSF s'élève à **326 \$** par année (12 mois) plus taxes, soit **374,82 \$**.

En revanche, selon le moment de votre demande d'inscription, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 93,71 \$ et 374,82 \$.

MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE											
JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPT.	OCTOBRE	NOV.	DÉC.
374,82	343,58	312,35	281,12	249,88	218,65	187,41	156,17	124,94	93,71	93,71	93,71

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI_certificat-representant_mai 2020

Page 10 de 18

Site Web : www.lautorite.qc.ca

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION À LA CHAMBRE DE L'ASSURANCE DE DOMMAGES (ChAD)

Instructions

La cotisation de la ChAD s'élève à **308 \$** par année (12 mois) plus taxes, soit **354,12 \$**.

En revanche, selon le moment de votre demande d'inscription, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 88,53 \$ et 354,12 \$.

Toutefois, si vous avez déjà payé votre cotisation de la ChAD pour une autre discipline, ne tenez pas compte de ce calcul.

PREMIÈRE LETTRE DU NOM DE FAMILLE	MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE (les montants sont en dollars)											
	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
A, B	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53
C	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53
D	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04
E, F, G	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55
H, I, J, K	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06
L	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57
M, N, O	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10	265,59
P, Q, R	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61	295,10
S, T, U	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12	324,61
V, W, X, Y, Z	324,61	295,10	265,59	236,08	206,57	177,06	147,55	118,04	88,53	88,53	88,53	354,12

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI_dem-certif-rep_mai 2020

Page 11 de 18

Site Web : www.lautorite.qc.ca

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION (AMF) – ENCADREMENT DU COURTAGE HYPOTHÉCAIRE
Instructions

La cotisation s'élève à 250 \$ par année (12 mois).

En revanche, selon le moment de votre demande d'inscription, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 62,50 \$ et 250,00 \$.

PREMIÈRE LETTRE DU NOM DE FAMILLE	MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE (les montants sont en dollars)											
	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
A, B	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33	62,50	62,50
C	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33	62,50
D	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33
E, F, G	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17
H, I, J, K	104,17	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00
L	125,00	104,17	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83
M, N, O	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33	187,50
P, Q, R	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17	208,33
S, T, U	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,33	62,50	62,50	62,50	250,00	229,17
V, W, X, Y, Z	229,17	208,33	187,50	166,67	145,83	125,00	104,17	83,88	62,50	62,50	62,50	250,00

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI_dem-certif-rep_mai 2020

Page 12 de 18

Site Web : www.lautorite.qc.ca

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

Ce formulaire vous permet de confirmer le rattachement d'un représentant à votre entreprise pour la délivrance de son certificat.

Si vous êtes inscrit sur les services en ligne de l'Autorité, vous n'avez pas à remplir ce formulaire, une confirmation vous sera envoyée en temps et lieu dans votre boîte de courriels sécurisée.

Vous faites une demande pour :

- Confirmation de rattachement
 Ajout de rattachement

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / LA SOCIÉTÉ AUTONOME / LE REPRÉSENTANT 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	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 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT

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

PARTIE 3 – INFORMATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT

TYPE DE RATTACHEMENT

Le représentant exercera ses activités pour le compte du cabinet.	<input type="checkbox"/> À titre d'employé <input type="checkbox"/> Sans y être employé
Le représentant exercera ses activités pour le compte de la société autonome.	<input type="checkbox"/> À titre d'associé <input type="checkbox"/> À titre d'employé

CHOIX DE DISCIPLINES / CATÉGORIES DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
<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	

DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT

Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)

PARTIE 4 – INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

N° de police		Nom de l'assureur			
Date d'émission	____ / ____ / ____ année / mois / jour	Date d'expiration	____ / ____ / ____ année / mois / jour	<input type="checkbox"/> Valide jusqu'à résiliation	
Montant annuel de couverture	_____ \$	Montant de couverture par réclamation	_____ \$	Montant de franchise	_____ \$
Cette police est-elle au dossier du cabinet? * Si non, veuillez transmettre les pièces justificatives demandées à la partie 6 Pièces justificatives à transmettre.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PARTIE 5 – CHOIX DE LA SUCCURSALE

Nom de la succursale					
ADRESSE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	

À transmettre seulement si la preuve d'assurance de responsabilité professionnelle n'est pas au dossier.
Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande

PARTIE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
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
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

PARTIE 7 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS
**SIGNATURE DU DIRIGEANT RESPONSABLE / DU SIGNATAIRE AUTORISÉ /
DE L'ASSOCIÉ RESPONSABLE / DU REPRÉSENTANT AUTONOME**

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	

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

Ce formulaire vous permet de retirer une ou plusieurs disciplines / catégories de discipline de votre certificat. Consultez le tableau à la dernière page afin de vérifier si vous devez remplir ce formulaire en fonction de votre situation.

Vous devez avoir cessé vos activités pour demander le retrait d'une discipline de votre certificat. Assurez-vous que votre entreprise a bien effectué ce retrait afin de remplir ce formulaire.

Veuillez prendre note que le retrait de discipline entrera en vigueur à la date de l'approbation de la demande.

PARTIE 1 – IDENTIFICATION**INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT**

N° de client (10 chiffres)								
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom			
Date de naissance _____ / _____ / _____ année mois jour				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>				
ADRESSE RÉSIDENIELLE								
N° d'immeuble		Rue			App. / Unité			
Municipalité		Province			Code postal			
Téléphone		Cellulaire						
Télécopieur		Courriel						
ADRESSE DE CORRESPONDANCE				Même que résidentielle <input type="checkbox"/>				
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			App. / Unité			
Municipalité		Province			Code postal			

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET / LA SOCIÉTÉ AUTONOME / LE REPRÉSENTANT AUTONOME**

N° de client (10 chiffres)		Nom de l'entreprise			
Téléphone		Poste		Télécopieur	
Courriel					

PARTIE 3 – CHOIX DE DISCIPLINE / CATÉGORIE DE DISCIPLINE

DEMANDE DE RETRAIT DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
<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 sinistres des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises
<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

DEMANDE DE 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 LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS (LDPSF)

547

PARTIE 4 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES

Vous devez avoir acquitté toutes les sommes dues auprès de l'Autorité des marchés financiers afin d'obtenir le retrait de votre ou vos disciplines /catégories de discipline.

PARTIE 5 – SIGNATURES

REPRÉSENTANT

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

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

**Changements de discipline/ catégorie de discipline
(si le changement demandé est pour le même cabinet)**

Pour l'une des situations indiquées dans le tableau ci-dessous, vous devez remplir les deux formulaires suivants :

- Demande de certificat de représentant
- Demande de rattachement

DE (catégorie de discipline)	VERS (discipline complète)
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Agent)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Agent)
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Agent)	
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Courtier)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (Courtier)
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Courtier)	
<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents	<input type="checkbox"/> Assurance de personnes
<input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective	<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes
<input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives	
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des particuliers	<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises	

Pour tous les autres cas, vous devez remplir les trois formulaires suivants :

- Demande de retrait de discipline / catégorie de discipline
- Demande de certificat de représentant
- Demande de rattachement