AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

DEMANDE D'INSCRIPTION À UN OU PLUSIEURS EXAMENS

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^ ❑ M. ❑	Prénom(s)		Nom		
Date de naissance _____ / _____ / _____ jour mois année		Langue de correspondance : Français ❑ Anglais ❑			
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 parmi les dates disponibles 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 vous inscrire à vos examens, vous devez consulter le calendrier d'examens (incluant l'horaire) et indiquer les renseignements suivants sur les tableaux ci-après :

- 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.

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

Si vous êtes autorisé à agir comme représentant dans une autre province ou un autre territoire du Canada et que vous répondez à toutes les exigences d'entrée dans la carrière, vous devez réussir :

- le cours « Déontologie et practiques professionnelles (Code-civil) »;
- l'examen ayant trait aux notions de déontologie et pratique professionnelle;
- la période probatoire

Si cette condition ne s'applique pas à vous, vous devez satisfaire aux exigences de qualification en vigueur. Veuillez consulter l'onglet « Devenir professionnel » sur notre site Web pour connaître ces exigences.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ À AGIR DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE DU CANADA			
Titre de l'examen	**Langue**	**Lieu**	**Date de passation et plage horaire par ordre de préférence**
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français ❑ Anglais ❑	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour

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 :

- avoir une formation minimale valide;
- réussir l'examen ayant trait aux notions de déontologie et pratique professionnelle.

REMISE EN VIGUEUR			
Titre de l'examen	**Langue**	**Lieu**	**Date de passation et plage horaire par ordre de préférence**
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français ❑ Anglais ❑	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour

DEMANDE D'INSCRIPTION À UN OU PLUSIEURS EXAMENS

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

Pour une demande d'un postulant qui désire agir à titre de représentant dans les disciplines de l'assurance de personnes, de l'assurance collective de personnes ou dans l'une de leurs catégories de discipline

Si vous désirez agir à titre de représentant, les examens ci-après doivent être réussis et être valides avant la soumission de votre demande de période probatoire.

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 ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour

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 ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**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 ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / ____ / ____ Heure : _____ année mois jour

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 ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour
01-311 – Assurance vie	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour
01-312 – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**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 ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour
01-313 – Fonds distincts et rentes	Français ❑ Anglais ❑	_____	_____	**1.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour **2.** _____ / _____ / _____ Heure : _____ année mois jour

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 ❑ Anglais ❑	_____	**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 ❑ Anglais ❑	_____	**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.

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**	Nº 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

Dans le but d'assurer la sécurité de toutes les personnes pouvant se trouver dans la salle d'examens, je m'engage à :

- Ne pas me présenter à la séance d'examen si j'ai des symptômes de la COVID-19. Il me sera possible de faire reporter sans frais la séance d'examen par le biais d'une demande d'annulation d'examen ;
- Respecter une distance de 2 mètres avec toute personne se trouvant à proximité ;
- Porter le masque en tout temps ou jusqu'à ce que la personne responsable de la surveillance d'examen donne la consigne qu'il peut être enlevé ;
- Me soumettre à la prise de température frontale avant d'entrer dans la salle d'examens ;
- Répondre aux questions d'usage concernant mon état de santé à mon arrivée en salle d'examens ;
- Me laver ou me désinfecter les mains avant d'entrer dans la salle d'examens ;
- Respecter les consignes gouvernementales émises en lien avec les déplacements interrégionaux ;
- Prendre connaissance des consignes d'examen qui me seront transmises dans le même envoi que celui contenant l'avis de convocation aux examens. Ces consignes peuvent être modifiées en vue d'être adaptées à la situation sanitaire changeante et aux recommandations de la Santé publique. Les consignes à jour peuvent aussi être consultées sur le site Web de l'Autorité, à la section Devenir professionnel / Examens ;
- Arriver 30 minutes avant le début de la séance d'examen afin d'être présent(e) pour recevoir les consignes particulières relatives au déroulement de l'examen ;

De plus, je comprends que :

- Dans un souci de respect pour les autres postulants, toute personne qui présente des symptômes de COVID-19 pendant une séance d'examen pourrait se voir demander de quitter la salle d'examens. Il sera possible pour cette personne de faire reporter sans frais la séance d'examen par le biais d'une demande d'annulation d'examen ;
- Un maximum de 25 personnes peut être présentes dans la salle d'examens en même temps ;

Je déclare avoir lu la présente déclaration et être en accord avec ses termes.

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.

_____ Date : _____ /_____ /_____

Signature année mois jour

PARTIE 5 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT

INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT

N° de client (10 chiffres)				
M^me^ ❑ M. ❑	Prénom(s)		Nom	
Nom de l'entreprise				

FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1er JANVIER 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020 (les frais ne sont pas remboursables)

Frais d'inscription aux examens : ❑ 149 $

Frais de divulgation : ❑ 25 $

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)** _____ Date : _____ / _____ / _____ (année / mois / jour) Signature du détenteur de la carte de crédit

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