

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 changement de statut en assurance de dommages afin de passer du statut d'agent à celui de courtier ou du statut de courtier à celui d'agent.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS D'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		

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

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.

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
➔ Si vous avez répondu oui, vous n'avez pas à remplir la partie Rattachement du présent formulaire.					

PARTIE 3 – CHOIX DE LA DISCIPLINE OU DE LA CATÉGORIE DE DISCIPLINE

Veillez cocher la case correspondant au changement de statut que vous désirez effectuer.

Vous serez détaché de toutes les personnes morales auxquelles vous êtes actuellement rattaché en assurance de dommages.

DISCIPLINE OU CATÉGORIE DE DISCIPLINE À RETIRER		DISCIPLINE OU CATÉGORIE DE DISCIPLINE DEMANDÉE
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages (Agent)	Assurance de dommages (Courtier)
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages des particuliers (Agent)	Assurance de dommages des particuliers (Courtier)
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages des entreprises (Agent)	Assurance de dommages des entreprises (Courtier)
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages (Courtier)	Assurance de dommages (Agent)
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages des particuliers (Courtier)	Assurance de dommages des particuliers (Agent)
<input type="checkbox"/>	Assurance de dommages des entreprises (Courtier)	Assurance de dommages des entreprises (Agent)

PARTIE 4 – DÉCLARATION

Veillez remplir la déclaration suivante. Si vous répondez oui à l'une des questions 1, 3 ou 6, vous devez remplir le formulaire requis et le joindre à votre demande. Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande.

1. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous commencé à exercer d'autres activités (rémunérées ou non) dans un domaine différent de celui lié à votre pratique 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 des marchés financiers.

- 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, veuillez répondre aux questions suivantes :

- Lequel? _____

- Quel est votre numéro de membre? _____

- Exercez-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? 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**.*

4. Êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes, dépens et intérêts imposés soit par un comité de discipline soit par la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision de ce comité de discipline 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; ancienne *Loi sur les intermédiaires de marché*, L.R.Q., c. I-15.1; *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? Oui Non

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, la *Loi sur le courtage immobilier*, c. C-73.2 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 : _____

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

Note importante

Toute pièce justificative manquante ou incomplète retardera le traitement de votre demande.

PARTIE 5 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Double emploi * Si vous avez répondu oui à la question 1.	<input type="checkbox"/> Formulaire en cas de double emploi
Culpabilité * Si vous avez répondu oui à la question 3.	<input type="checkbox"/> Formulaire en cas de déclaration de culpabilité
Faillite * Si vous avez répondu oui à la question 6.	<input type="checkbox"/> Formulaire en cas de faillite

PARTIE 6 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

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

PARTIE 7 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1^{ER} JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021

Frais d'étude de la demande	40 \$
Droit exigible pour la discipline ou la catégorie de discipline	96 \$
TOTAL	136 \$

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 aux services en ligne de l'Autorité (SEL), vous n'avez pas à remplir ce formulaire. Vous recevrez une communication sécurisée dans les SEL vous indiquant de confirmer le rattachement.

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 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)

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	

PARTIE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

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.

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