

Ce formulaire vous permet de faire une demande de reconnaissance de vos qualifications professionnelles acquises en France.

Comment pouvez-vous obtenir un droit de pratique au Québec?

Les personnes physiques suivantes sont visées par l'arrangement et peuvent, sous certaines conditions dont la réussite de mesures de compensation, demander à l'Autorité des marchés financiers du Québec une reconnaissance de leurs qualifications professionnelles :

- Les intermédiaires d'assurance et les dirigeants d'un intermédiaire d'assurance qui détiennent l'aptitude légale d'exercer dans une ou plusieurs des catégories suivantes à titre de ou pour le compte d'un intermédiaire d'assurance en France :
 - courtier d'assurance ou de réassurance;
 - agent général d'assurance;
 - mandataire d'assurance de niveau II;
 - mandataire d'intermédiaires d'assurance de niveau II.
- Les salariés distributeurs qui exercent en France des activités de distribution pour le compte d'un intermédiaire d'assurance ou d'une entreprise d'assurance ou de réassurance régis par le code des assurances.

Pour être éligible, vous devez notamment :

- avoir satisfait aux conditions de capacités professionnelles déterminées par le code des assurances (articles [R512-9](#) et [R512-10](#));
- posséder une expérience de travail en lien avec la discipline ou la catégorie de discipline visée par la demande de certificat de représentant. Cette expérience doit être d'un minimum de 12 mois au cours des 36 derniers mois;

Si vous êtes immatriculé auprès de l'ORIAS, vous devez joindre à votre demande les documents suivants :

- une attestation de votre immatriculation auprès de l'[ORIAS](#);
- une description de son expérience professionnelle et du type de produits offerts;
- une copie des conventions de distribution ou de toute autre convention attestant de votre relation d'affaires avec une entreprise d'assurance ou de réassurance ou avec un intermédiaire d'assurance.

Si vous êtes un salarié distributeur, vous devez joindre à votre demande les documents suivants :

- un certificat de travail établissant que vous satisfaites, sur le territoire de la France, aux conditions de capacité professionnelle déterminées par le code des assurances;
- une attestation de votre expérience professionnelle en lien avec le certificat sollicité. Le certificat doit comporter les caractéristiques suivantes :
 - décrire l'emploi occupé en France;
 - décrire les types de produits offerts dans le cadre de cet emploi.
 - être produite et signée par :
 - un dirigeant qui est dûment immatriculé auprès de l'[ORIAS](#) avec une preuve de l'immatriculation de l'employeur auprès de l'ORIAS;
 - un dirigeant avec une preuve de l'agrément de l'employeur auprès de l'[Autorité de contrôle prudentiel](#) (ACP) accompagné, le cas échéant, d'un extrait Kbis du Registre commerce et sociétés (RCS) établissant la liste des dirigeants;

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION (en lettres majuscules)										
INFORMATION DU CLIENT										
M ^{me}	<input type="checkbox"/>	Prénom(s)					Nom			
M.	<input type="checkbox"/>									
Date de naissance			_____		Langue de correspondance :		Français <input type="checkbox"/>			Anglais <input type="checkbox"/>
			année mois jour							
ADRESSE RÉSIDENIELLE - QUÉBEC										
N° d'immeuble				Rue				App.		
Ville				Province				Code postal		
Téléphone (domicile)						Téléphone (travail)				
Cellulaire						Courriel				
ADRESSE RÉSIDENIELLE - FRANCE (À compléter si vous n'avez pas d'adresse au Québec)										
N° d'immeuble				Rue				App.		
Commune				Pays				Code postal		
Téléphone (domicile)						Téléphone (travail)				
Cellulaire						Courriel				

PARTIE 2 – PREUVE D'IDENTITÉ CANADIENNE VALIDE

Veuillez cocher et annexer à ce formulaire la photocopie d'une des preuves d'identité requises. Prenez note qu'une demande incomplète occasionne des délais de traitement additionnels.

Si la preuve d'identité a déjà été fournie avec une demande antérieure, il n'est pas nécessaire de la transmettre de nouveau.

- Carte ou certificat de citoyenneté canadienne;
- Carte de résident permanent;
- Certificat de naissance;
- Passeport canadien;
- Fiche relative au droit d'établissement;
- Permis de travail canadien;
- Je ne possède pas encore de preuve d'identité canadienne valide, je vous fournis * :
 - Passeport de la République Française;
 - Carte nationale d'identité.

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

- Assurance de personnes;**
 - Assurance contre la maladie ou les accidents;
- Assurance collective de personnes;**
 - Régimes d'assurance collective;
 - Régimes de rentes collectives;
- Assurance de dommages;**
 - Assurance de dommages des particuliers;
 - Assurance de dommages des entreprises.

PARTIE 4 – MESURES DE COMPENSATION

Cette partie de formulaire est présentée à titre indicatif afin de vous renseigner sur les mesures de compensation que vous devrez accomplir selon la discipline ou la catégorie de discipline dans laquelle vous souhaitez une reconnaissance de vos qualifications professionnelles. **La reconnaissance de vos qualifications professionnelles est valide pour 3 ans.**

Lorsque vous aurez obtenu la décision de reconnaissance de vos qualifications professionnelles, vous devrez présenter une demande d'autorisation d'inscription aux examens. La demande d'autorisation d'inscription aux examens vise à confirmer que vous avez les visas ou permis de travail requis, et réussi les cours préalables aux examens le cas échéant. Vous devrez par la suite faire une demande d'inscription aux examens. La demande d'inscription aux examens ne sera possible que lorsque vous aurez eu votre autorisation d'inscription aux examens. C'est dans cette demande que vous choisirez la langue, la date et le lieu de passation de vos examens.

Le demandeur français qui ne satisfait pas à l'exigence d'expérience professionnelle de 12 mois au cours des 36 derniers mois, mais qui détient sur le territoire de la France l'aptitude légale d'exercer est exempté de l'exigence de formation minimale prévue au [Règlement relatif à la délivrance et au renouvellement du certificat de représentant](#). Il devra cependant réussir tous les examens et la période probatoire prescrits par ce règlement pour la discipline ou la catégorie de discipline visée.

Il est à noter que vous devrez réussir les examens prescrits avant d'être autorisé à effectuer le stage d'adaptation prescrit (période probatoire).

ASSURANCE DE PERSONNES		
Formation à réussir	Examen à réussir	Durée de la période probatoire
Déontologie et pratique professionnelle	01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	12 semaines
ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS OU LA MALADIE		
Formation à réussir	Examen à réussir	Durée de la période probatoire
Déontologie et pratique professionnelle	01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	6 semaines
ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES		
Formation à réussir	Examen à réussir	Durée de la période probatoire
Déontologie et pratique professionnelle	01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	12 semaines
RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE		
Formation à réussir	Examen à réussir	Durée de la période probatoire
Déontologie et pratique professionnelle	01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	6 semaines
RÉGIMES DE RENTES COLLECTIVES		
Formation à réussir	Examen à réussir	Durée de la période probatoire
Déontologie et pratique professionnelle	01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	6 semaines
ASSURANCE DE DOMMAGES		
Examen à réussir		Durée de la période probatoire
03-114 – Intégrer à la pratique professionnelle les principes généraux de droit applicables à l'assurance de dommages et les règles qui encadrent l'activité de représentant en assurance de dommages.		12 semaines
ASSURANCE DE DOMMAGES DES PARTICULIERS		
Examen à réussir		Durée de la période probatoire
03-114 – Intégrer à la pratique professionnelle les principes généraux de droit applicables à l'assurance de dommages et les règles qui encadrent l'activité de représentant en assurance de dommages.		6 semaines
ASSURANCE DE DOMMAGES DES ENTREPRISES		
Examen à réussir		Durée de la période probatoire
03-114 – Intégrer à la pratique professionnelle les principes généraux de droit applicables à l'assurance de dommages et les règles qui encadrent l'activité de représentant en assurance de dommages.		6 semaines

PARTIE 7 – 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.

_____ Date : _____ / _____ / _____
Signature année mois jour

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

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page **Partie 8 - Frais exigibles et Paiement** doit être imprimée sur une page seule, sans information au verso.

PARTIE 8 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT**

N° de client (10 chiffres)		N° de certificat (6 chiffres)		NIP (9 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 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021
(Veuillez noter que les frais ne sont pas remboursables)**

Frais d'étude de la demande : <input checked="" type="checkbox"/> 39 \$	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">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.</div>
---	--

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	
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