

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

Ce formulaire 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.

Nous vous informons que si vous refusez ou omettez de nous fournir les renseignements et/ou documents demandés, nous serons dans l'impossibilité de procéder au traitement de votre demande.

Droits d'accès et de rectification

Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou demander qu'ils soient rectifiés s'ils sont inexacts, incomplets ou équivoques, ou si leur collecte, leur communication ou leur conservation ne sont pas autorisées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1. Pour toute question à ce sujet, nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : [Accès à l'information | AMF \(lautorite.qc.ca\)](http://Accès à l'information | AMF (lautorite.qc.ca)).

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		

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 OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME

N° de client (10 chiffres)			Nom de l'entreprise		
N° de téléphone		Poste		N° de télécopieur	
Adresse 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 entreprises 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 répondre à toutes les questions ci-dessous. En fonction des réponses fournies, des pièces justificatives additionnelles pourraient être exigées.

L'Autorité entend par « Depuis votre dernière déclaration » toute déclaration que vous avez transmise antérieurement à l'Autorité à titre de postulant ou de représentant certifié en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF »).

Note importante : Vous devez informer l'Autorité des marchés financiers de tout changement à un renseignement ou à un document fourni dans les 5 jours suivant la date à laquelle il survient ou, s'il concerne l'exercice d'une autre activité (« activité externe »), dans les 30 jours de ce changement.

1. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous commencé à exercer des activités autres que celles découlant d'un droit de pratique accordé par l'Autorité (« activités externes ») constituant une prestation de services liés aux finances ou exigeant la séparation des clientèles? Oui Non

Pour plus de détails, veuillez consulter notre page Web [Activités à déclarer \(activités externes\)](#).

- Si vous avez répondu « oui », veuillez remplir et transmettre le **Formulaire de déclaration d'une activité externe**.

2. Êtes-vous membre de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec? Oui Non

- Si vous avez répondu « oui », veuillez répondre à la question suivante :

Quel est votre numéro de membre? _____

3. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous :

Oui Non

- été déclaré coupable d'une infraction ou d'un acte criminel par un tribunal canadien ou étranger;

ou

- fait l'objet d'une poursuite civile en lien avec les activités de représentant;

ou

- fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline ou 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?

Vous devez répondre « oui » à cette question si une absolution inconditionnelle ou conditionnelle vous a été accordée en vertu du Code criminel, L.R.C. (1985), c. C-46. Toutefois, vous n'avez pas à répondre « oui » 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, 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 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; *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.2; *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 ou assorti de restrictions ou de 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 ou une catégorie encadrée par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, la *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, 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.

- *Si vous avez répondu « oui », veuillez répondre aux questions suivantes :*

– Numéro de décision : _____

– Date : _____

– Nom du décideur : _____

– Discipline ou catégorie : _____

6. Depuis votre dernière déclaration, 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

Vous n'avez pas à répondre « oui » à cette question dans le cas d'une proposition de consommateur ou d'une proposition concordataire acceptée par les créanciers et le tribunal.

➤ *Si vous avez répondu « oui », veuillez remplir et transmettre le **Formulaire en cas de faillite**.*

7. Êtes-vous sous un régime de protection de tutelle, de curatelle ou de conseiller au majeur? Oui Non

Le régime de protection est un mécanisme prévu par la loi pour protéger les personnes frappées d'une incapacité juridique. Le superviseur n'est pas considéré comme un tuteur, un curateur ou un conseiller au majeur.

8. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous été administrateur, dirigeant ou associé d'un cabinet ou d'une société dont l'inscription a été radiée en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, de la *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.2, ou de la *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1? Oui Non

PARTIE 5 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

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

Veuillez consulter notre page Web [Formulaires](#) pour les autres formulaires requis, le cas échéant.

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Activité externe * Si vous avez répondu « oui » à la question 1.	<input type="checkbox"/> <i>Formulaire de déclaration d'une activité externe</i>
Culpabilité * Si vous avez répondu « oui » à la question 3.	<input type="checkbox"/> <i>Formulaire en cas de déclaration de culpabilité</i>
Faillite * Si vous avez répondu « oui » à la question 6.	<input type="checkbox"/> <i>Formulaire en cas de faillite</i>

PARTIE 6 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

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

Je m'engage à informer l'Autorité de tout changement à un renseignement ou à un document fourni dans le cadre de cette demande dans les 5 jours suivant la date à laquelle il survient ou, s'il concerne l'exercice d'une autre activité (« activité externe »), dans les 30 jours de ce changement.

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

**PARTIE 7 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU
1^{ER} JANVIER 2024 AU 31 DÉCEMBRE 2024**

Frais d'étude de la demande	47,00 \$
Droit exigible pour la discipline ou la catégorie de discipline	111,00 \$
TOTAL	158,00 \$

PARTIE 8 - 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 : 158,00 \$

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 transmis par **la poste** et par ses **services en ligne** seulement.

Aucun formulaire transmis à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire, vos pièces justificatives ainsi que 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

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

Ce formulaire permet de confirmer le rattachement d'un représentant à votre entreprise.

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 OU 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	Suite / unité
Municipalité		Province	Code postal
N° de téléphone		N° de télécopieur	
Adresse courriel			
ADRESSE DE CORRESPONDANCE		Même que principale <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / case postale		Rue	Suite / unité
Municipalité		Province	Code postal

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

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

PARTIE 3 – INFORMATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT	
Le rattachement d'un représentant occasionne des frais. Vous recevrez bientôt une facture à ce sujet.	
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 OU DE 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 – DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

REPRÉSENTANT RATTACHÉ À UN CABINET (OU UNE SOCIÉTÉ AUTONOME) À TITRE D'EMPLOYÉ OU D'ASSOCIÉ

Veillez répondre à la question suivante seulement si le représentant exercera ses activités pour le compte du cabinet (ou de la société autonome) à titre d'**employé** ou d'**associé**.

1. Le cabinet (ou la société autonome) est-il couvert par une assurance de responsabilité professionnelle conforme aux exigences prévues à l'article 29 du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome*, RLRQ, c. D-9.2, r. 2? Oui Non

Veillez consulter notre page Web [Assurance de responsabilité professionnelle](#) pour connaître les exigences réglementaires.

REPRÉSENTANT RATTACHÉ À UN CABINET SANS Y ÊTRE EMPLOYÉ

Veillez répondre aux questions suivantes seulement si le représentant exercera ses activités pour le compte du cabinet **sans y être employé**.

1. Veuillez indiquer comment le représentant est couvert pour sa responsabilité professionnelle :
- Couvert par l'assurance du cabinet
 - Couvert par une police d'assurance individuelle
- Si le représentant est couvert par une police d'assurance individuelle, veuillez fournir les informations suivantes pour chaque police détenue par le représentant :

Assureur (Nom ou n° de client)	N° de police	N° de certificat de la police

2. La police d'assurance de responsabilité professionnelle couvrant le représentant est-elle conforme aux exigences prévues à l'article 17 du *Règlement sur l'exercice des activités des représentants*, RLRQ, c. D-9.2, r. 10? Oui Non

Veillez consulter notre page Web [Assurance de responsabilité professionnelle](#) pour connaître les exigences réglementaires.

REPRÉSENTANT AUTONOME

Veillez répondre à la question suivante seulement si vous exercerez vos activités à titre de **représentant autonome**.

1. Êtes-vous couvert par une assurance de responsabilité professionnelle conforme aux exigences prévues à l'article 29 du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome*, RLRQ, c. D-9.2, r. 2? Oui Non

Veillez consulter notre page Web [Assurance de responsabilité professionnelle](#) pour connaître les exigences réglementaires.

PARTIE 5 – CHOIX DE LA SUCCURSALE

Nom de la succursale					
ADRESSE DE LA SUCCURSALE					
N° d'immeuble		Rue		Suite / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	

PARTIE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

Toute pièce justificative manquante retardera le traitement de votre demande.

	PIÈCE JUSTIFICATIVE
Assurance de responsabilité professionnelle * Si vous avez répondu « non » à une question de la Partie 4 – Déclaration relative à l'assurance de responsabilité professionnelle.	<input type="checkbox"/> Police d'assurance de responsabilité professionnelle, incluant tous les avenants.

PARTIE 7 – DÉCLARATION RELATIVES AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

SIGNATURE DU DIRIGEANT RESPONSABLE, DU SIGNATAIRE AUTORISÉ, DE L'ASSOCIÉ RESPONSABLE OU DU REPRÉSENTANT AUTONOME

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

Je confirme également tenir un dossier sur les activités externes du représentant, le cas échéant, lequel contient les documents et les renseignements exigés en vertu du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome*, RLRQ, c. D-9.2, r. 2.

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

L'Autorité accepte les formulaires transmis par **la poste** et par ses **services en ligne** seulement.

Aucun formulaire transmis à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire, vos pièces justificatives ainsi que 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