

Services en ligne

Le saviez-vous? Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez faire votre demande en utilisant nos services en ligne, accessibles sur notre site Web au www.lautorite.qc.ca, dans la section **Professionnels**.

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

Ce formulaire permet au cabinet, à la société autonome ou au représentant autonome **inscrit dans la discipline de l'expertise en règlement de sinistres** de déclarer à l'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») les renseignements concernant ses employés non certifiés qui exercent ou qui ont exercé des activités relatives à l'expertise en règlement de sinistres sous la supervision d'un expert en sinistre.

L'Autorité entend par « employé non certifié » :

1. une personne domiciliée au Canada;
2. qui est à l'emploi d'un cabinet, d'une société autonome ou d'un expert en sinistre inscrit comme représentant autonome;
3. qui exerce une fonction d'un expert en sinistre sous la supervision de ce représentant autonome ou d'un expert en sinistre qui agit pour le compte de ce cabinet ou de cette société autonome;
4. et qui, uniquement au moyen des technologies de l'information, exerce cette fonction :
 - pour le règlement d'un sinistre automobile qui découle soit d'un sinistre prévu par la convention d'indemnisation directe visée à l'article 173 de la *Loi sur l'assurance automobile*, RLRQ, c. A-25, soit d'un bris de vitre; OU
 - pour assurer le règlement d'un sinistre d'un montant maximal de 5 000 \$.

Pour plus d'information sur cette définition, voir le paragraphe 3° du deuxième alinéa de l'article 10 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2.

Nous vous rappelons qu'au Québec, toute entreprise privée est assujettie aux obligations prévues à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1, dont l'application relève de la Commission d'accès à l'information. Nous vous référons au site Web de l'Autorité pour connaître les règles générales d'application de cette loi, à l'adresse suivante : [Protection des données et des renseignements personnels | AMF \(lautorite.qc.ca\)](http://Protection%20des%20données%20et%20des%20renseignements%20personnels%20|%20AMF%20(lautorite.qc.ca)).

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							
N° d'immeuble		Rue		Bureau / Unité			
Municipalité				Province		Code postal	

Tout renseignement manquant ou incomplet retardera le traitement de votre demande.

PARTIE 2 – INFORMATIONS CONCERNANT LES EMPLOYÉS NON CERTIFIÉS							
EMPLOYÉ NON CERTIFIÉ N° 1							
Prénom						Nom	
Date de naissance		____ / ____ / ____ année / mois / jour					
Adresse résidentielle							
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal		
Veuillez indiquer la date à laquelle l'employé non certifié a commencé à exercer et/ou celle à laquelle il a cessé d'exercer des activités relatives à l'expertise en règlement de sinistres.							
Date de début		____ / ____ / ____ année / mois / jour		Date de fin (s'il y a lieu)		____ / ____ / ____ année / mois / jour	
EMPLOYÉ NON CERTIFIÉ N° 2							
Prénom						Nom	
Date de naissance		____ / ____ / ____ année / mois / jour					
Adresse résidentielle							
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal		
Veuillez indiquer la date à laquelle l'employé non certifié a commencé à exercer et/ou celle à laquelle il a cessé d'exercer des activités relatives à l'expertise en règlement de sinistres.							
Date de début		____ / ____ / ____ année / mois / jour		Date de fin (s'il y a lieu)		____ / ____ / ____ année / mois / jour	
EMPLOYÉ NON CERTIFIÉ N° 3							
Prénom						Nom	
Date de naissance		____ / ____ / ____ année / mois / jour					
Adresse résidentielle							
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal		
Veuillez indiquer la date à laquelle l'employé non certifié a commencé à exercer et/ou celle à laquelle il a cessé d'exercer des activités relatives à l'expertise en règlement de sinistres.							
Date de début		____ / ____ / ____ année / mois / jour		Date de fin (s'il y a lieu)		____ / ____ / ____ année / mois / jour	

Si vous avez d'autres employés non certifiés à déclarer, veuillez joindre une copie de cette page.

Note importante

Notez que la déclaration sera effective dès que l'Autorité aura saisi les renseignements dans votre dossier.

PARTIE 3 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

SIGNATURE DU DIRIGEANT OU ASSOCIÉ RESPONSABLE / SIGNATAIRE AUTORISÉ / REPRÉSENTANT AUTONOME

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

Je m'engage à déclarer à l'Autorité tout changement à un renseignement ou à un document fourni concernant un employé non certifié dans un délai de 30 jours suivant ce changement.

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
M ^{me} <input type="checkbox"/>					
Signature				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 à l'adresse suivante :

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