

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

Ce formulaire permet de demander un certificat de représentant dans une ou plusieurs disciplines ou catégories de discipline encadrées par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF »). Avant de transmettre ce formulaire, veuillez vous assurer que vos examens sont valides et que votre période probatoire est réussie.

Si vous souhaitez exercer vos activités à titre de **représentant autonome**, vous devez d'abord transmettre le formulaire *Inscription de représentant autonome*. Si votre inscription à titre de représentant autonome est autorisée, vous recevrez une lettre d'instruction vous permettant de remplir le présent formulaire.

Vous faites une demande pour :

- une délivrance de certificat
- un ajout de catégorie / discipline
- une remise en vigueur de certificat

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 \(lautorite.gc.ca\)](http://Accès à l'information | AMF (lautorite.gc.ca)).

PARTIE 1 – IDENTIFICATION							
INFORMATIONS CONCERNANT LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT							
N° de client (10 chiffres)							
M. <input type="checkbox"/>	M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
Date de naissance _____ / _____ / _____ année mois jour				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
ADRESSE RÉSIDENTIELLE							
N° d'immeuble		Rue			App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		
N° de téléphone			N° de cellulaire				
N° de télécopieur		Adresse courriel					
ADRESSE DE CORRESPONDANCE		Même que résidentielle <input type="checkbox"/>					
N° d'immeuble / Case postale		Rue			App. / Unité		
Municipalité			Province		Code postal		

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Veillez identifier l'entreprise auprès de laquelle vous exercerez vos activités. 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"/>			
<p>➔ Si vous avez répondu « oui », vous n'avez pas à remplir la partie Rattachement du présent formulaire.</p>			

PARTIE 3 – CHOIX DE DISCIPLINES OU DE CATÉGORIES DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes	<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes	<input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective <input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives
<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)
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres	<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises
<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	
DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT	
<input type="checkbox"/> Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)	

Note importante**POUR TOUTES LES DISCIPLINES AUTRES QUE LA PLANIFICATION FINANCIÈRE**

Pour avoir accès au certificat de représentant dans une discipline complète, vous devez avoir effectué une période probatoire de **12 semaines**. Pour avoir accès au certificat de représentant dans une catégorie de discipline, vous devez avoir effectué une période probatoire de **6 semaines**.

Si cette demande est soumise dans les 30 jours suivant la fin de votre période probatoire, votre certificat probatoire demeure en vigueur pour une durée maximale de **45 jours** à compter de la fin de la période probatoire. Durant cette période, vous demeurerez sous la responsabilité de votre superviseur. Si ce délai de 45 jours était dépassé, vous ne pourriez plus poser de gestes de stagiaire aussi longtemps que vous n'aurez pas obtenu votre certificat.

Exemple

Fin de période : **1^{er} juin**

Dépôt de la demande : **10 juin (dans les 30 jours)**

Certificat probatoire valide jusqu'au **15 juillet**

Par ailleurs, veuillez vous assurer que la recommandation du superviseur a été envoyée à l'Autorité sans quoi, nous ne pourrions traiter votre demande de certificat.

PARTIE 4 – DÉCLARATION

Veuillez 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 LDPSF.

Pour une première déclaration, veuillez répondre en donnant l'historique complet des faits relatifs à chacune des questions ci-dessous.

Note importante : Vous devez informer l'Autorité 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.

Une ou plusieurs preuves d'identité supplémentaires déterminées par l'Autorité pourraient être exigées. **Prenez note qu'un permis de conduire ou une carte d'assurance maladie ne sont pas des preuves d'identité valides.**

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<p>Formation en planification financière (1 document requis)</p> <p><i>* Planification financière seulement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diplôme de planificateur financier de l'Institut québécois de planification financière (IQPF) <input type="checkbox"/> Lettre de réussite de l'examen de l'IQPF
<p>Preuve d'identité canadienne valide (1 document requis)</p> <p><i>* Demande de délivrance de certificat en planification financière seulement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent <input type="checkbox"/> Carte ou certificat de citoyenneté <input type="checkbox"/> Certificat de naissance délivré par le Directeur de l'état civil du Québec ou par une autre autorité provinciale ou territoriale <input type="checkbox"/> Confirmation de résidence permanente (IMM5292 ou IMM5688) <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de travail
<p>Activité externe</p> <p><i>* Si vous avez répondu « oui » à la question 1.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Formulaire de déclaration d'une activité externe</i>
<p>Culpabilité</p> <p><i>* Si vous avez répondu « oui » à la question 3.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Formulaire en cas de déclaration de culpabilité</i>
<p>Faillite</p> <p><i>* Si vous avez répondu « oui » à la question 6.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <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 déclare également utiliser mon nom tel qu'il est énoncé sur l'ensemble de mes preuves d'identité canadiennes valides.

Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

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

Veillez calculer, à l'aide de la grille de calcul à la Partie 7, les frais exigibles pour votre demande de certificat de représentant et remplir le bordereau de paiement à la Partie 8.

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

POUR TOUTES LES DEMANDES (sauf la demande d'ajout de mention E)

Frais d'étude de dossier	47,00 \$
Droit exigible par discipline	111,00 \$

Cotisation aux Chambres

Vous devez acquitter la cotisation à la Chambre de la sécurité financière (CSF) pour l'année civile en cours à moins de l'avoir déjà fait. Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Assurance de personnes, assurance collective de personnes ou planification financière

Cotisation annuelle à la CSF _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à la CSF est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

Vous devez acquitter la cotisation à la Chambre de l'assurance de dommages (ChAD) selon la première lettre de votre nom de famille, à moins de l'avoir déjà fait. Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Assurance de dommages ou expertise en règlement de sinistres

Cotisation annuelle à la ChAD _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à la ChAD est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

Cotisation AMF (encadrement du courtage hypothécaire)

Vous devez acquitter les droits exigibles pour la cotisation AMF selon la première lettre de votre nom de famille. Reportez-vous à la grille de calcul jointe au présent formulaire.

Courtage hypothécaire

Cotisation annuelle (encadrement du courtage hypothécaire) _____ \$
(Afin de calculer le montant de votre cotisation, veuillez suivre les instructions de la grille de calcul annexée à ce formulaire. La cotisation à l'AMF est payable au dépôt de la demande et n'est pas remboursable.)

SOUS-TOTAL	_____	\$
-------------------	-------	----

DEMANDE D'AJOUT DE MENTION E (Expertise en règlement de sinistres)

Frais d'étude de la demande _____ 47,00 \$

SOUS-TOTAL	_____	\$
-------------------	-------	----

GRAND TOTAL

Veillez rapporter le montant total au bordereau de paiement sur la page suivante.

GRAND TOTAL	_____	\$
--------------------	-------	----

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION À LA CHAMBRE DE LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE (CSF)

Prenez note que si vous avez eu un certificat actif pendant l'année civile en cours, vous devez acquitter la cotisation à la CSF pour l'année complète (441,50 \$), à moins de l'avoir déjà fait.

Instructions

La cotisation à la CSF s'élève à **384,00 \$** par année (12 mois) plus taxes, soit **441,50 \$**.

En revanche, selon le moment de votre demande de certificat de représentant, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 110,38 \$ et 441,50 \$.

MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE											
JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPT.	OCTOBRE	Nov.	DÉC.
441,50	404,71	367,92	331,13	294,34	257,54	220,75	183,96	147,17	110,38	110,38	110,38

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION À LA CHAMBRE DE L'ASSURANCE DE DOMMAGES (ChAD)

Instructions

La cotisation de la ChAD s'élève à **363,00 \$** par année (12 mois) plus taxes, soit **417,36 \$**.

En revanche, selon le moment de votre demande de certificat de représentant, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 104,34 \$ et 417,36 \$.

Toutefois, si vous avez déjà payé votre cotisation de la ChAD pour une autre discipline, ne tenez pas compte de ce calcul.

PREMIÈRE LETTRE DU NOM DE FAMILLE	MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE (les montants sont en dollars)											
	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
A, B	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34
C	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34
D	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12
E, F, G	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90
H, I, J, K	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68
L	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46
M, N, O	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80	313,02
P, Q, R	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58	347,80
S, T, U	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36	382,58
V, W, X, Y, Z	382,58	347,80	313,02	278,24	243,46	208,68	173,90	139,12	104,34	104,34	104,34	417,36

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI_dem-certif-rep_ janvier 2024

Page 11 de 16

Site Web : www.lautorite.qc.ca

GRILLE DE CALCUL DE LA COTISATION AMF – ENCADREMENT DU COURTAGE HYPOTHÉCAIRE

Instructions

La cotisation s'élève à **290,00 \$** par année (12 mois).

En revanche, selon le moment de votre demande de certificat de représentant, vous serez facturé pour une période variant entre trois (3) et douze (12) mois. Votre montant de cotisation se situera entre 72,50 \$ et 290,00 \$.

PREMIÈRE LETTRE DU NOM DE FAMILLE	MOIS AU COURS DUQUEL LA DEMANDE EST EFFECTUÉE (les montants sont en dollars)											
	JANV.	FÉV.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
A, B	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50
C	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50
D	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67
E, F, G	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83
H, I, J, K	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00
L	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17
M, N, O	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67	217,50
P, Q, R	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83	241,67
S, T, U	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00	265,83
V, W, X, Y, Z	265,83	241,67	217,50	193,33	169,17	145,00	120,83	96,67	72,50	72,50	72,50	290,00

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 personnes	<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes	<input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective <input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives
<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)
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres	<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des particuliers <input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres des entreprises
<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	
DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT	
<input type="checkbox"/> Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)	

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

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