

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

Ce formulaire doit être rempli par l'assureur pour attester qu'il n'a aucun avis de réclamation à déclarer à l'Autorité. L'obligation d'aviser l'Autorité de la réception de réclamations est prévue à l'article 17 du *Règlement sur l'exercice des activités des représentants*, RLRQ, c. D-9.2, r. 10, et à l'article 29 du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome*, RLRQ, c. D-9.2, r. 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://www.lautorite.qc.ca/Protection-des-donnees-et-des-renseignements-personnels).

## PARTIE 1 – IDENTIFICATION

### INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSUREUR

Nom de l'assureur	
N° de client (10 chiffres)	

## PARTIE 2 – DÉCLARATION

Nous n'avons reçu aucune réclamation pour la période de divulgation visée.

## PARTIE 3 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

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

M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom			
M <sup>me</sup> <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 Cominar  
2640, boulevard Laurier, bureau 400  
Québec (Québec) G1V 5C1