

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

Ce formulaire devrait être rempli par l'assureur qui n'a ajouté aucun nouveau libellé et qui n'a apporté aucune modification au libellé d'une police d'assurance de responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) existante.

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 ajouté aucun nouveau libellé d'assurance de responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) au cours de la dernière période de divulgation.
- Nous n'avons apporté aucune modification au libellé d'une police d'assurance de responsabilité professionnelle (erreurs et omissions) existante au cours de la dernière période de divulgation.

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"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
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