

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

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

Vous faites une demande pour : Confirmation de rattachement Ajout de rattachement

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 OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME

N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
Nom de l'entreprise			Langue de correspondance :		
			Français		Anglais
Adresse principale					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
N° de téléphone Ex. : 514 555-5555		N° de télécopieur			
Adresse courriel					
Adresse de correspondance			Même que principale		
N° d'immeuble / Case postale		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

N° de client (10 chiffres)			
M. M ^{me}	Prénom	Nom	

Note importante

Le rattachement d'un représentant occasionne des frais. Vous recevrez bientôt une facture à ce sujet.

PARTIE 3 – INFORMATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT

TYPE DE RATTACHEMENT

Le représentant exercera ses activités pour le compte du cabinet.	À titre d'employé
	Sans y être employé
Le représentant exercera ses activités pour le compte de la société autonome.	À titre d'associé
	À titre d'employé

CHOIX DE DISCIPLINES OU DE CATÉGORIES DE DISCIPLINE

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
Assurance de personnes	Assurance contre la maladie ou les accidents
Assurance collective de personnes	Régimes d'assurance collective Régimes de rentes collectives
Assurance de dommages (Courtier)	Assurance de dommages des particuliers (Courtier) Assurance de dommages des entreprises (Courtier)
Assurance de dommages (Agent)	Assurance de dommages des particuliers (Agent) Assurance de dommages des entreprises (Agent)
Expertise en règlement de sinistres	Expertise en règlement de sinistres des particuliers Expertise en règlement de sinistres des entreprises
Planification financière	
Courtage hypothécaire	

DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT

Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)

EMPLOYÉ EN ASSURANCE DE DOMMAGES VISÉ PAR L'ARTICLE 547 DE LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS

547

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?

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

Oui
Non

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?

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

Oui
Non

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?

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

Oui
Non

PARTIE 5 – CHOIX DE LA SUCCURSALE

Nom de la succursale					
ADRESSE					
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.

	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Assurance de responsabilité professionnelle <i>* Si vous avez répondu « non » à une question de la Partie 4 - Déclaration relative à l'assurance de responsabilité professionnelle.</i>	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. M ^{me}	Prénom		Nom	
Signature			Date	

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 ainsi que les pièces justificatives requises à l'adresse suivante :

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