

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

Ce formulaire permet à une personne morale de s'inscrire à titre de cabinet ou de société autonome.

**Vous faites une demande pour :**

- Un cabinet  
 Une société autonome

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 LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME

Nom de l'entreprise		NEQ (10 chiffres)	
Autres noms utilisés au Québec (s'il y a lieu)			
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
<b>ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL</b>			
N° d'immeuble / Case postale	Rue	Bur. / Unité	
Municipalité	Province	Code postal	
Téléphone	Courriel		
<b>ADRESSE DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT AU QUÉBEC</b>		<b>Même que siège social</b> <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / Case postale	Rue	Bur. / Unité	
Municipalité	Province	Code postal	
Téléphone	Courriel		
<b>ADRESSE DE CORRESPONDANCE</b>		<b>Même que siège social</b> <input type="checkbox"/> <b>Même que principal établissement</b> <input type="checkbox"/>	
N° d'immeuble / Case postale	Rue	Bur. / Unité	
Municipalité	Province	Code postal	

## PARTIE 2 – CHOIX DE DISCIPLINES

<input type="checkbox"/> Assurance de personnes	<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes
<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (agent) <i>(Veuillez passer à la partie 3)</i>	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages (courtier) <i>(Veuillez passer à la partie 4)</i>
<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres	<input type="checkbox"/> Planification financière
<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337  
Québec : 418 525-0337  
Montréal : 514 395-0337

DCI\_Inscription-cabinet-societe-autonome\_janvier 2024

Page 1 de 46

Site Web : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

### PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UNE AGENCE EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Cette section doit être remplie seulement si le cabinet demande une inscription à titre d'agence en assurance de dommages.

Une société autonome ne peut pas être inscrite à titre d'agence en assurance de dommages.

Un cabinet doit avoir un contrat d'exclusivité avec un assureur pour agir à titre d'agence en assurance de dommages. Le cabinet qui est un assureur doit inscrire son nom, à titre d'assureur, dans le tableau ci-dessous pour indiquer qu'il distribue exclusivement ses propres produits.

*Veillez fournir l'information sur votre contrat d'exclusivité. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.*

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L’AFFICHAGE AU REGISTRE

#### IDENTIFICATION DE L’ASSUREUR

Nom de l'assureur

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

#### COCHEZ TOUS LES PRODUITS VISÉS PAR LE CONTRAT D’EXCLUSIVITÉ

Particuliers	Entreprises
<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
<input type="checkbox"/> Assurance aviation	<input type="checkbox"/> Assurance aviation
<input type="checkbox"/> Assurance de biens (habitation) <input type="checkbox"/> Assurance de biens (autre qu'habitation)	<input type="checkbox"/> Assurance de biens
	<input type="checkbox"/> Assurance des chaudières et des machines
<input type="checkbox"/> Assurance crédit	<input type="checkbox"/> Assurance crédit
<input type="checkbox"/> Assurance protection de crédit	
<input type="checkbox"/> Assurance hypothèque	<input type="checkbox"/> Assurance hypothèque
	<input type="checkbox"/> Assurance contre le détournement
<input type="checkbox"/> Assurance de frais juridiques	<input type="checkbox"/> Assurance de frais juridiques
	<input type="checkbox"/> Assurance grêle
<input type="checkbox"/> Assurance contre l'incendie	<input type="checkbox"/> Assurance contre l'incendie
<input type="checkbox"/> Assurance de responsabilité	<input type="checkbox"/> Assurance de responsabilité
<input type="checkbox"/> Assurance de titres	<input type="checkbox"/> Assurance de titres

## PARTIE 4 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN CABINET DE COURTAGE EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Cette section doit être remplie seulement si le cabinet ou la société autonome demande une inscription à titre de cabinet de courtage en assurance de dommages.

### 4.1 – CONDITIONS RELATIVES AU CAPITAL DU CABINET

Cette section doit être remplie par le cabinet seulement.

1. Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation lui permettant d'exercer plus de 20 % des droits de vote afférents aux actions émises par le cabinet?  Oui  Non
  
2. Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation représentant plus de 50 % de la valeur des capitaux propres du cabinet?  Oui  Non
  - *Pour les fins de cette question, les capitaux propres d'un cabinet excluent les actions ne comportant ni droit de vote, ni droit de partager le reliquat des biens du cabinet en cas de liquidation (généralement désignées à titre d'actions « privilégiées »), conformément à l'article 150 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.*

Si vous avez répondu OUI à l'une des deux questions, vous ne remplissez pas les conditions pour être inscrit à titre de cabinet de courtage en assurance de dommages. Pour connaître les options qui s'offrent à vous, veuillez consulter la section **Professionnels / Cabinets et représentants** de notre site Web ou communiquez avec nous au 1 877 525-0337.

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

### Participation en actions émises par le cabinet

- |  |   |
|--|---|
| <p>Est-ce qu'une institution financière, un groupe financier ou une personne morale qui leur est liée détient une participation en actions émises par le cabinet représentant plus de 20 % de la valeur des capitaux propres du cabinet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Pour les fins de cette question, les capitaux propres d'un cabinet excluent les actions ne comportant ni droit de vote, ni droit de partager le reliquat des biens du cabinet en cas de liquidation (généralement désignées à titre d'actions « privilégiées »), conformément à l'article 150 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.</i></li> <li>➤ <i>Si oui, veuillez fournir l'information ci-dessous.</i></li> </ul> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

### Nom de l'institution financière, du groupe financier ou de la personne morale qui leur est liée


### 4.2 – CONDITIONS RELATIVES AUX PRODUITS OFFERTS (AUTOMOBILE POUR LES PARTICULIERS)

Cette section doit être remplie par le cabinet ou la société autonome.

Le cabinet (ou la société autonome) offrira-t-il directement au public des produits d'assurance **automobile pour les particuliers**?  Oui  Non

- *Si oui, veuillez fournir l'information sur tous les assureurs auprès de qui le cabinet ou la société autonome est en mesure d'obtenir des soumissions en assurance automobile pour les particuliers. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.*

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

#### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AFFICHAGE AU REGISTRE

##### Pourcentage des primes versées à un même assureur

Le cabinet ou la société autonome verse-t-il à un même assureur plus de 60 % des primes stipulées par les contrats qu'il conclut pour des produits d'assurance **automobile pour les particuliers**?

Oui  Non

- *Si oui, veuillez inscrire le nom de cet assureur :*

\_\_\_\_\_

**Vous devez déclarer au moins trois assureurs qui ne font pas partie du même groupe financier, conformément à l'article 38 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.**

### 4.3 – CONDITIONS RELATIVES AUX PRODUITS OFFERTS (HABITATION POUR LES PARTICULIERS)

Cette section doit être remplie par le cabinet et la société autonome.

Le cabinet (ou la société autonome) offrira-t-il directement au public des produits d'assurance **habitation pour les particuliers**?

Oui  Non

- *Si oui, veuillez fournir l'information sur tous les assureurs auprès de qui le cabinet ou la société autonome est en mesure d'obtenir des soumissions pour un produit d'assurance habitation pour les particuliers. Référez-vous au registre des assureurs au besoin.*

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

#### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L’AFFICHAGE AU REGISTRE

##### Pourcentage des primes versées à un même assureur

Le cabinet ou la société autonome verse-t-il à un même assureur plus de 60 % des primes stipulées par les contrats qu'il conclut pour des produits d'assurance **habitation pour les particuliers**?

Oui  Non

- *Si oui, veuillez inscrire le nom de cet assureur :*

\_\_\_\_\_

**Vous devez déclarer au moins trois assureurs qui ne font pas partie du même groupe financier, conformément à l'article 38 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*.**

## PARTIE 5 – DÉCLARATIONS

### DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

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

*Nous vous rappelons qu'un cabinet (ou une société autonome) doit détenir une assurance de responsabilité professionnelle en vigueur et conforme aux exigences réglementaires pour être autorisé à exercer. Pour plus de détails, veuillez consulter notre page Web [Assurance de responsabilité professionnelle](#).*

2. Veuillez fournir les informations suivantes pour chaque police détenue par le cabinet (ou la société autonome) :

*Une copie de la police d'assurance et la Grille d'autoévaluation concernant la police d'assurance de responsabilité professionnelle remplies seront demandées à une étape ultérieure de la demande.*

Assureur (Nom ou n° de client)	N° de police	N° de certificat de la police

### DÉCLARATION GÉNÉRALE

1. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger (incluant un comité de discipline), par jugement définitif, d'une infraction ou d'un acte criminel?  Oui  Non
2. Le cabinet (ou la société autonome) est-il sous le coup d'une ordonnance de liquidation ou de dissolution?  Oui  Non
3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il adopté une résolution ou fait l'objet d'une mesure quelconque visant sa liquidation ou sa dissolution?  Oui  Non
4. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il fait cession de ses biens au bénéfice de ses créanciers?  Oui  Non
5. Le cabinet (ou la société autonome) est-il sous le coup d'une requête en faillite ou d'une ordonnance de séquestre en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité* (LRC 1985, c. B-3), ou a-t-il déjà pris avantage de quelque disposition législative portant sur l'insolvabilité?  Oui  Non

#### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337  
 Québec : 418 525-0337  
 Montréal : 514 395-0337

6. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà été sous le coup d'une annulation ou d'une suspension de certificat délivré par le Conseil des assurances de dommages, le Conseil des assurances de personnes ou l'Inspecteur général des institutions financières en vertu de la *Loi sur les intermédiaires de marché* (chapitre I-15.1), d'une radiation ou d'une suspension d'inscription auprès de la Commission des valeurs mobilières du Québec, d'une annulation ou d'une suspension de certificat délivré par l'Association des courtiers et agents immobiliers du Québec ou a-t-il déjà vu son permis révoqué ou suspendu par l'Organisme d'autoréglementation du courtage immobilier du Québec ?  Oui  Non
7. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription, pour une ou plusieurs disciplines, radiée ou suspendue par l'Autorité?  Oui  Non
8. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription à titre de courtier ou de conseiller en valeurs radiée ou suspendue par l'Autorité?  Oui  Non
9. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà vu son inscription dans une ou plusieurs disciplines auprès de l'Autorité ou à titre de courtier ou de conseiller en valeurs auprès de l'Autorité assujettie à des conditions ou à des restrictions?  Oui  Non
10. Le cabinet (ou la société autonome) est-il en défaut de payer toute amende reliée à la commission d'une infraction en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (RLRQ, c. D-9.2), de la *Loi sur les intermédiaires de marché*, de la *Loi sur les valeurs mobilières* (RLRQ, c. V-1.1) ou de la *Loi sur le courtage immobilier* (RLRQ, c. C-73.2)?  Oui  Non
11. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il déjà ou fait-il présentement l'objet de poursuites civiles en lien avec des activités liées au domaine des services financiers?  Oui  Non

**DÉCLARATION EN LIEN AVEC LA PRATIQUE**

1. Le cabinet (ou la société autonome) entend-il recevoir ou percevoir des sommes pour le compte d'autrui (par exemple, pour un assureur ou un client)?  Oui  Non  
➤ *Si oui, il doit détenir un compte séparé ou en fidéicommiss.*
2. Le cabinet (ou la société autonome) détient-il un ou plusieurs comptes séparés ou en fidéicommiss?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez remplir l'**Annexe d'ouverture de compte séparé** pour chaque compte séparé ou en fidéicommiss détenu.*  
Veuillez également indiquer, pour chaque compte :  
– le titulaire du compte : \_\_\_\_\_  
– le type de compte :  
 épargne  
 chèque  
 autre : \_\_\_\_\_  
– le numéro de compte : \_\_\_\_\_  
– l'institution financière : \_\_\_\_\_  
➤ *Si non, veuillez remplir l'**Annexe d'absence de compte séparé**.*
3. Le cabinet (ou la société autonome) est-il détenteur d'un ou de plusieurs prêts auprès d'un ou de plusieurs assureurs ou prêteurs hypothécaires?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de prêt » dans un lien d'affaires de type « assureur » ou « prêteur hypothécaire » pour chacun de ces assureurs ou prêteurs hypothécaires (annexe **Liens d'affaires**).*
4. Le cabinet (ou la société autonome) est-il détenteur d'un ou de plusieurs prêts auprès d'un ou de plusieurs inscrits<sup>1</sup>?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de prêt » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*
5. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec une ou plusieurs entreprises inscrites<sup>2</sup> auprès de l'Autorité?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de partage de commissions » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacune de ces entreprises (annexe **Liens d'affaires**).*

<sup>1</sup> Un inscrit au sens de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* est un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome.

<sup>2</sup> Par *entreprise inscrite*, on entend toute entreprise inscrite en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* ou de la *Loi sur les valeurs mobilières* (en épargne collective ou en plans de bourses d'études).

6. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec un courtier ou une agence régi par la *Loi sur le courtage immobilier*?  Oui  Non
- *Si oui, veuillez déclarer une « entente de partage de commissions » dans un lien d'affaires de type « détenteur d'un permis immobilier de l'OACIQ » pour chacune de ces personnes physiques ou de ces personnes morales (annexe **Liens d'affaires**).*
7. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il du partage de commissions avec une ou plusieurs entreprises autres que celles prévues aux questions 5 et 6?  Oui  Non
8. Le cabinet (ou la société autonome) dispose-t-il d'ententes avec des indicateurs<sup>3</sup> de clients (référencement)?  Oui  Non
9. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec un ou plusieurs assureurs ou prêteurs hypothécaires pour l'hébergement de serveurs et/ou de sites Internet, pour la fourniture de services administratifs, de matériel ou de locaux, ou encore pour le prêt de personnel?  Oui  Non
- *Si oui, veuillez déclarer ces ententes dans un lien d'affaires de type « assureur » ou « prêteur hypothécaire » pour chacun de ces assureurs ou prêteurs hypothécaires (annexe **Liens d'affaires**).*
10. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec un ou plusieurs inscrits pour l'hébergement de serveurs et/ou de sites Internet, pour la fourniture de services administratifs, de matériel ou de locaux, ou encore pour le prêt de personnel?  Oui  Non
- *Si oui, veuillez déclarer ces ententes dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*
11. Le cabinet (ou la société autonome) exerce-t-il des activités rémunérées autres que celles prévues à son inscription (en lien ou non avec le domaine des services financiers)?  Oui  Non
- *Si oui, précisez ces activités :*
- Site Web de comparaison de primes
  - Service de rapports d'impôts
  - Location de locaux
  - Courtage immobilier
  - Autre : \_\_\_\_\_

---

<sup>3</sup> L'indication de clients (aussi parfois appelée « référencement ») est l'action de diriger un client vers un représentant titulaire d'un certificat ou une personne inscrite en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*. Voir l'*Avis relatif à l'indication de clients en application de la Loi sur la distribution de produits et services financiers*.

12. Est-ce que des employés non certifiés du cabinet (ou de la société autonome) effectueront du service à la clientèle?  Oui  Non

*Par exemple, fournir de l'information générale sur les produits ou les contrats en vigueur ou procéder à des modifications de nature administrative.*

➤ *Si oui :*

- Combien d'employés offriront un tel service? \_\_\_\_\_
- Les conversations seront-elles enregistrées?  Oui  Non

13. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des mesures de vérification à la préembauche pour les employés non certifiés?  Oui  Non

14. Le cabinet (ou la société autonome) détient-il les assurances suivantes?

- Assurance contre le cyberrisque  Oui  Non
- Assurance responsabilité pour les administrateurs et les dirigeants  Oui  Non

15. Le cabinet (ou la société autonome) dispose-t-il de politiques<sup>4</sup> sur les sujets suivants?

- L'éthique et la déontologie  Oui  Non
- La rémunération  Oui  Non
- L'embauche et la sélection des représentants  Oui  Non
- Les conflits d'intérêts  Oui  Non
- L'utilisation des médias sociaux  Oui  Non
- La continuité du droit d'exercice des représentants  Oui  Non
- La sécurité de l'information  Oui  Non
- La conformité des transactions  Oui  Non
- Les clientèles en situation de vulnérabilité  Oui  Non
- La gestion des polices orphelines  Oui  Non

16. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il un plan de continuité des affaires?  Oui  Non

17. Le cabinet (ou la société autonome) fera-t-il affaire avec les entités suivantes?

- Concessionnaires automobiles  Oui  Non
- Agrégateurs (sites Web de comparaison de primes)  Oui  Non
- Centres d'appels / télémarketing  Oui  Non
- Agences immobilières ou courtiers immobiliers  Oui  Non

---

<sup>4</sup> Par *politique*, on entend toute politique, procédure guide, instruction ou ligne directrice.

18. Le cabinet (ou la société autonome) utilisera-t-il un espace numérique<sup>5</sup> permettant de conclure un contrat pour des produits d'assurance, de procéder au règlement de sinistres, d'effectuer des planifications financières ou de réaliser des opérations de courtage relatives à un prêt garanti par hypothèque immobilière?  Oui  Non
- *Si oui, le cabinet (ou la société autonome) devra remplir et transmettre à l'Autorité le formulaire **Espaces numériques (offre par Internet)** dès qu'il aura reçu la confirmation de son inscription.*

### DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE DOMMAGES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) est-il membre d'une bannière<sup>6</sup>?  Oui  Non
- *Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_*
2. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre de grossiste<sup>7</sup>?  Oui  Non
- *Si oui :*
- *À combien d'inscrits prévoit-il offrir des services? \_\_\_\_\_*
  - *Veillez déclarer une « entente de grossiste » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre de grossiste (annexe **Liens d'affaires**).*
3. Le cabinet (ou la société autonome) utilisera-t-il les services de grossistes?  Oui  Non
- *Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « grossiste » pour chacun d'eux (annexe **Liens d'affaires**).*

---

<sup>5</sup> Un espace numérique permet d'interagir directement avec le client et de conclure un contrat. Il peut s'agir, par exemple, d'un site Web ou d'une application mobile.

<sup>6</sup> La bannière est la désignation sous laquelle une entreprise exerce ses activités. On appelle *bannière* tout nom, signe, symbole ou enseigne d'un groupe, d'un réseau ou d'un regroupement de cabinets ou de sociétés.

<sup>7</sup> Dans le domaine de l'assurance de dommages, les grossistes sont des entreprises qui exécutent concurremment ou indépendamment des activités de courtage et des activités de souscription. Voir l'*Avis relatif aux grossistes en assurance de dommages et à leurs employés*.

## DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE PERSONNES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre d'agent général<sup>8</sup>?

Oui  Non

➤ *Si oui :*

- Veuillez indiquer le nombre d'inscrits à qui il prévoit offrir des services : \_\_\_\_\_
- Veuillez déclarer une « entente d'agent général » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre d'agent général (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

➤ *Si non :*

- A-t-il une entente directe de distribution avec des assureurs?  Oui  Non
  - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*
- A-t-il une entente de distribution avec d'autres inscrits?  Oui  Non
  - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chaque inscrit auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une entente de distribution avec des agents généraux?

Oui  Non

- *Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « agent général » pour chaque agent général avec qui le cabinet (ou la société autonome) a une entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

<sup>8</sup> On entend par *agent général* tout inscrit à qui un assureur a délégué certaines tâches et qui agit comme intermédiaire entre cet assureur et d'autres inscrits. Cette définition inclut les agents généraux, les agents généraux affiliés et toute autre appellation de l'industrie qui répond à la définition ci-haut.

## DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES (si applicable)

1. Le cabinet (ou la société autonome) agira-t-il à titre d'agent général<sup>9</sup>?

Oui  Non

➤ *Si oui :*

- Veuillez indiquer le nombre d'inscrits à qui il prévoit offrir des services : \_\_\_\_\_
- Veuillez déclarer une « entente d'agent général » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur pour lequel le cabinet (ou la société autonome) agira à titre d'agent général (annexe **Gestion des liens d'affaires**).

➤ *Si non :*

- A-t-il une entente directe de distribution avec des assureurs?  Oui  Non
  - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « assureur » pour chaque assureur auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*
- A-t-il une entente de distribution avec d'autres inscrits?  Oui  Non
  - *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « autre inscrit » pour chaque inscrit auprès de qui le cabinet (ou la société autonome) a une telle entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une entente de distribution avec des agents généraux?

Oui  Non

- *Si oui, veuillez déclarer un lien d'affaires de type « agent général » pour chaque agent général avec qui le cabinet (ou la société autonome) a une entente (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il une procédure en place afin de s'assurer qu'un mandat adéquat sera rédigé par un représentant avant la mise en place d'un régime collectif?

Oui  Non

<sup>9</sup> On entend par *agent général* tout inscrit à qui un assureur a délégué certaines tâches et qui agit comme intermédiaire entre cet assureur et d'autres inscrits. Cette définition inclut les agents généraux, les agents généraux affiliés et toute autre appellation de l'industrie qui répond à la définition ci-haut.

## DÉCLARATION RELATIVE AU COURTAGE HYPOTHÉCAIRE (si applicable)

1. Êtes-vous membre d'une bannière?  Oui  Non  
➤ *Si oui, laquelle?* \_\_\_\_\_
  
2. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il conclu avec un ou plusieurs prêteurs hypothécaires une entente lui permettant de proposer les prêts de ce ou ces prêteurs ?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez déclarer une « entente de distribution » dans un lien d'affaires de type « prêteur hypothécaire » pour chacune de ces personnes physiques ou de ces personnes morales (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*
  
3. Le cabinet (ou la société autonome) a-t-il des ententes avec des entreprises (qui ne sont pas des prêteurs hypothécaires ou qui ne sont pas inscrites auprès de l'Autorité) notamment des ententes de fourniture de services, de distribution, de prêt, de partage de commission, d'indication de client, de franchisage?  Oui  Non  
➤ *Si oui, veuillez déclarer l'entente appropriée dans un lien d'affaires de type « autre entreprise » pour chacune de ces entreprises (annexe **Gestion des liens d'affaires**).*

## PARTIE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

Toute pièce justificative manquante ou incomplète retardera le traitement de votre demande.

PIÈCES JUSTIFICATIVES	
<b>Registre des entreprises du Québec</b>	<input type="checkbox"/> La plus récente déclaration d'immatriculation du cabinet ou de la société autonome et ses déclarations modificatives
<b>Contrat de société</b> <i>* Pour les sociétés autonomes seulement.</i>	<input type="checkbox"/> Copie du contrat de société et de ses modifications
<b>Assurance de responsabilité professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> Police d'assurance de responsabilité professionnelle, incluant tous les avenants <input type="checkbox"/> <a href="#">Grille d'autoévaluation concernant la police d'assurance de responsabilité professionnelle</a>
<b>Assurance de responsabilité professionnelle – représentant(s)</b> <i>* Seulement pour les représentants qui ne sont pas couverts par la police d'assurance du cabinet.</i>	<input type="checkbox"/> Police d'assurance de responsabilité professionnelle, incluant tous les avenants <input type="checkbox"/> <a href="#">Grille d'autoévaluation concernant la police d'assurance de responsabilité professionnelle</a>
<b>Déclaration pour l'assurance de responsabilité professionnelle</b> <i>* Si la franchise est supérieure au montant prévu par règlement.</i>	<input type="checkbox"/> Déclaration de franchise supérieure à la limite réglementaire
<b>Liste des représentants</b>	<input type="checkbox"/> Annexe – Rattachement de représentant
<b>Liste des employés en assurance de dommages (article 547)</b> <i>* Si le cabinet emploie des personnes visées par l'article 547 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (LDPSF).</i>	<input type="checkbox"/> Annexe – Liste des employés en assurance de dommages (547)
<b>Liens d'affaires</b>	<input type="checkbox"/> Annexe – Liens d'affaires
<b>Annexe de compte</b> (1 document requis)	<input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative à l'absence d'un compte séparé <input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative à l'ouverture d'un compte séparé

## PARTIE 7 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

### DIRIGEANT RESPONSABLE, ASSOCIÉ RESPONSABLE OU SIGNATAIRE AUTORISÉ

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					
Signature				Date	____ / ____ / ____ jour mois année

## ANNEXE – RATTACHEMENT DE REPRÉSENTANT

Veillez identifier au moins un représentant par discipline demandée. Au besoin, ajoutez des copies supplémentaires de cette annexe.

### ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE LA SUCCURSALE

N° d'immeuble		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			

### INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT

N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		

### ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

### TYPE DE RATTACHEMENT

**Cabinet :**  Employé  Sans y être employé **Société autonome :**  Employé  Associé

### 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 (Agent)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Agent) <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Agent)
<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"/> 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	

#### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337  
Québec : 418 525-0337  
Montréal : 514 395-0337

DCI\_Inscription-cabinet-societe-autonome\_janvier 2024

Page 16 de 46

Site Web : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

## DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE – REPRÉSENTANT

### 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.*

## ANNEXE – LISTE DES EMPLOYÉS EN ASSURANCE DE DOMMAGES (547)

Veillez remplir une copie de cette annexe pour chacun des établissements. Veillez identifier les employés visés par l'article 547 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2.

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT					
N° d'immeuble		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
EMPLOYÉ N° 1					
N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					
EMPLOYÉ N° 2					
N° de client (10 chiffres)					
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
ADRESSE RÉSIDENTIELLE (PRINCIPALE)					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					



Déclarez toutes les personnes autorisées à agir comme signataires pour votre cabinet ou votre société autonome auprès de l'Autorité. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 1							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)				Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 2 (s'il y a lieu)							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)				Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 3 (s'il y a lieu)							
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom		Nom			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)				Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour			
ADRESSE RÉSIDENIELLE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ							
N° d'immeuble			Rue		App. / Unité		
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Courriel							

Déclarez tous les administrateurs ou associés inscrits sur votre déclaration au Registre des entreprises. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 1					
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)			Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 2 (s'il y a lieu)					
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)			Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ N° 3 (s'il y a lieu)					
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)			Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour		
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ADMINISTRATEUR OU DE L'ASSOCIÉ					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Cellulaire			
Courriel					

Déclarez toutes les personnes qui détiennent des actions dans votre cabinet. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ACTIONNAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)									
M. <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom				
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour				
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)									
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ACTIONNAIRE									
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité					
Municipalité			Province		Code postal				
Téléphone		Cellulaire		Courriel					
LIENS DE L'ACTIONNAIRE AVEC D'AUTRES ENTITÉS									
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un assureur?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé									
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un autre inscrit?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé									
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				

ACTIONNAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)									
M. <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom				
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					Date de naissance : ____ / ____ / ____ année mois jour				
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)									
ADRESSE RÉSIDENIELLE DE L'ACTIONNAIRE									
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité					
Municipalité			Province		Code postal				
Téléphone		Cellulaire		Courriel					
LIENS DE L'ACTIONNAIRE AVEC D'AUTRES ENTITÉS									
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un assureur?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé									
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Nom de l'assureur : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un autre inscrit?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez préciser s'il est : <input type="checkbox"/> Dirigeant ou <input type="checkbox"/> Employé									
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				
Nom de l'inscrit : _____					N° de client auprès de l'Autorité : _____				

Déclarez toutes les entreprises qui détiennent des actions dans votre cabinet. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ACTIONNAIRE (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'actionnaire					
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ACTIONNAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPE D'ENTREPRISE					
<input type="checkbox"/> Assureur <input type="checkbox"/> Autre inscrit (cabinet, société autonome ou représentant autonome) <input type="checkbox"/> Autre					

ACTIONNAIRE (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'actionnaire					
N° de client (10 chiffres) (s'il y a lieu)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ACTIONNAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPE D'ENTREPRISE					
<input type="checkbox"/> Assureur <input type="checkbox"/> Autre inscrit (cabinet, société autonome ou représentant autonome) <input type="checkbox"/> Autre					

Déclarez tous les assureurs avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

ASSUREUR N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'assureur					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ASSUREUR					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET ASSUREUR					
<input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente d'agent général <input type="checkbox"/> Entente de grossiste <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Activités de courtage</li> <li><input type="checkbox"/> Activités de souscription</li> </ul> <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres			

ASSUREUR N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'assureur					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'ASSUREUR					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET ASSUREUR					
<input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente d'agent général <input type="checkbox"/> Entente de grossiste <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Activités de courtage</li> <li><input type="checkbox"/> Activités de souscription</li> </ul> <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres			

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI\_Inscription-cabinet-societe-autonome\_janvier 2024

Page 24 de 46

 Site Web : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

Déclarez tous les autres inscrits avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

AUTRE INSCRIT N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'inscrit					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AUTRE INSCRIT					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET AUTRE INSCRIT					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres		<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

AUTRE INSCRIT N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'inscrit					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DE L'AUTRE INSCRIT					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CET AUTRE INSCRIT					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet <input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs <input type="checkbox"/> Fourniture de matériel <input type="checkbox"/> Fourniture de locaux <input type="checkbox"/> Prêt de personnel			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <input type="checkbox"/> Entente de prêt <input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions <input type="checkbox"/> Entente de franchise <input type="checkbox"/> Indication de clients <input type="checkbox"/> Autre entente : _____		
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTENTES					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance de dommages		<input type="checkbox"/> Planification financière	
<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes		<input type="checkbox"/> Expertise en règlement de sinistres		<input type="checkbox"/> Courtage hypothécaire	

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI\_Inscription-cabinet-societe-autonome\_janvier 2024

Page 25 de 46

Site Web : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

Déclarez tous les agents généraux avec qui vous avez une entente (pour les cabinets ou les sociétés autonomes en assurance de personnes ou en assurance collective de personnes seulement). Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

<b>AGENT GÉNÉRAL N° 1 (s'il y a lieu)</b>					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
<b>ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
<b>DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE</b>					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

<b>AGENT GÉNÉRAL N° 2 (s'il y a lieu)</b>					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
<b>ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
<b>DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE</b>					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

<b>AGENT GÉNÉRAL N° 3 (s'il y a lieu)</b>					
Nom de l'agent général					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
<b>ADRESSE PRINCIPALE DE L'AGENT GÉNÉRAL</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
<b>DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CETTE ENTENTE</b>					
<input type="checkbox"/> Assurance de personnes		<input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes			

Déclarez tous les grossistes dont vous prévoyez utiliser les services (pour les cabinets ou les sociétés autonomes en assurance de dommages seulement). Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

<b>GROSSISTE N° 1 (s'il y a lieu)</b>					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
<b>ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone				Courriel	

<b>GROSSISTE N° 2 (s'il y a lieu)</b>					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
<b>ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone				Courriel	

<b>GROSSISTE N° 3 (s'il y a lieu)</b>					
Nom du grossiste					
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)	
<b>ADRESSE PRINCIPALE DU GROSSISTE</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone				Courriel	

Déclarez tous les prêteurs hypothécaires (personne morale) avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
NEQ (10 chiffres)					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
NEQ (10 chiffres)					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

Déclarez tous les prêteurs hypothécaires (personne physique) avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du prêteur					
ADRESSE PRINCIPALE DU PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

Déclarez toutes les agences immobilières avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

DÉTENTEUR D'UN PERMIS IMMOBILIER DE L'OACIQ (PERSONNE MORALE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agence immobilière					
N° de permis OACIQ		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE MORALE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom de l'agence immobilière					
N° de permis OACIQ		NEQ (10 chiffres)			
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

Déclarez tous les courtiers immobiliers avec qui vous avez une entente. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE PHYSIQUE) N° 1 (s'il y a lieu)					
Nom du courtier immobilier					
N° de permis OACIQ					
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE PHYSIQUE) N° 2 (s'il y a lieu)					
Nom du courtier immobilier					
N° de permis OACIQ					
ADRESSE PRINCIPALE DU DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue		Bur. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBILIER					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

Déclarez toutes les autres entreprises avec qui vous avez une entente dans le cadre de vos activités de courtage hypothécaire. Ajoutez une copie supplémentaire de cette page au besoin.

<b>COURTAGE HYPOTHÉCAIRE – AUTRE ENTREPRISE, NOTAMMENT ENTREPRENEUR EN CONSTRUCTION (s'il y a lieu)</b>					
Nom de l'entreprise					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
<b>ADRESSE PRINCIPALE DE CETTE AUTRE ENTREPRISE</b>					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue			Bur. / Unité
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
<b>SECTEUR D'ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES DE CETTE AUTRE ENTREPRISE</b>					
<p>Veillez préciser le secteur d'activités économiques de l'entreprise avec qui votre cabinet a un lien dans le cadre de ses activités de courtage hypothécaire régies par la <i>Loi sur la distribution de produits et services financiers</i>, par exemple un entrepreneur en construction, hébergement de données. _____</p> <p>_____</p>					
<b>TYPES D'ENTENTE AVEC CETTE AUTRE ENTREPRISE</b>					
<input type="checkbox"/> Entente pour la fourniture de services <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hébergement de sites / serveurs Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de services administratifs</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de matériel</li> <li><input type="checkbox"/> Fourniture de locaux</li> <li><input type="checkbox"/> Prêt de personnel</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Entente de distribution <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entente de prêt</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de partage de commissions</li> <li><input type="checkbox"/> Entente de franchise</li> <li><input type="checkbox"/> Indication de clients</li> <li><input type="checkbox"/> Autre entente : _____</li> </ul>		

PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE POUR LES LIENS D'AFFAIRES	
	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<p><b>Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés</b></p> <p><i>* Fournir une copie pour le dirigeant ou l'associé responsable au Québec ainsi que pour chacun des administrateurs ou associés inscrits sur la déclaration au Registraire des entreprises du Québec.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés</p>
<p><b>Déclaration relative aux dirigeants responsables en courtage hypothécaire</b></p> <p><i>* Si vous demandez une inscription dans la discipline du courtage hypothécaire.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Annexe – Déclaration relative aux dirigeants responsables en courtage hypothécaire</p>
<p><b>Document provenant du cabinet ou de la société autonome</b></p> <p><i>* Sauf pour les cabinets à un seul dirigeant, administrateur, correspondant et signataire.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Document signé par tous les administrateurs ou associés confirmant la nomination du dirigeant ou de l'associé responsable au Québec, du correspondant, de l'assistant du correspondant et des signataires autorisés (<a href="#">Annexe – Nomination des personnes autorisées</a>)</p> <p><input type="checkbox"/> Résolution du conseil</p>
<p><b>Formation et expérience du dirigeant responsable</b></p> <p><i>* Seulement si le nouveau dirigeant responsable n'est pas certifié au Québec.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Curriculum vitæ (L'Autorité se réserve le droit de faire passer des examens malgré la reconnaissance de l'expérience.)</p>
<p><b>Certification du dirigeant responsable dans une autre province</b></p> <p><i>* Seulement si le dirigeant responsable demeure à l'extérieur du Québec, s'il n'est pas certifié au Québec et s'il n'a pas d'expérience au Québec dans le domaine des services financiers, mais en possède dans sa province d'origine.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Lettre expliquant la façon dont il compte gérer ses activités au Québec (La lettre doit contenir des informations précises quant à la fréquence des visites et des conférences téléphoniques.)</p>

## ANNEXE – DÉCLARATION RELATIVE À L'ABSENCE D'UN COMPTE SÉPARÉ

### Note importante

*L'Autorité des marchés financiers est autorisée à requérir et obtenir en tout temps, de l'institution financière, tout renseignement, explication ou copie de document nécessaire ou utile aux fins de vérification relative à ce compte.*

### Déclaration faite à :

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

**Pour l'application de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (RLRQ, c. D-9.2) et ses règlements.**

**Je, soussigné, à titre de dirigeant du cabinet, d'associé de la société autonome ou de représentant autonome et ayant mon principal établissement au :**

INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT, L'ASSOCIÉ OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME							
N° de client (10 chiffres)				NEQ (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom		
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>							
Signature					Date	____ / ____ / ____ année / mois / jour	
ADRESSE PRINCIPALE							
N° d'immeuble			Rue			App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Courriel			

### Déclare ce qui suit :

- Le cabinet, la société autonome ou le représentant autonome n'entend recevoir ou percevoir aucune somme pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités régies par la Loi et ses règlements;
- Si, à la suite de la présente déclaration, il reçoit ou perçoit des sommes pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités, il s'engage à respecter les dispositions de la Loi et de ses règlements relativement à l'établissement et au maintien d'un compte séparé.

## DÉCLARATION SOLENNELLE

En foi de quoi, j'ai (dirigeant, associé ou représentant autonome) signé :

M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signé à				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature					

Déclaré sous serment devant moi (commissaire à l'assermentation) :

M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
District judiciaire				N° de commission	
Signé à				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature					

## ANNEXE – DÉCLARATION RELATIVE À L'OUVERTURE D'UN COMPTE SÉPARÉ

### Note importante

*L'Autorité des marchés financiers est autorisée à requérir et obtenir en tout temps, de l'institution financière, tout renseignement, explication ou copie de document nécessaire ou utile aux fins de vérification relative à ce compte.*

**Pour l'application de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (RLRQ, c. D-9.2) et ses règlements.**

- Si vous êtes un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome, votre déclaration est faite à l'institution financière suivante :

INFORMATIONS CONCERNANT L'INSTITUTION FINANCIÈRE					
Nom de l'institution financière					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal
Téléphone		Poste		Télécopieur	

**Et une copie doit être envoyée à l'adresse suivante :**

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

- Si vous êtes un cabinet qui est une institution financière, votre déclaration est uniquement à faire à l'Autorité, dont l'adresse est fournie ci-dessus.

### Déclaration commune :

**Je, soussigné, à titre de dirigeant du cabinet, associé de la société autonome ou représentant autonome et ayant mon principal établissement au :**

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENTREPRISE ET LE DIRIGEANT, L'ASSOCIÉ OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
Nom de l'entreprise					
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
Signature			Date	____ / ____ / ____ année mois jour	

### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337  
Québec : 418 525-0337  
Montréal : 514 395-0337

ADRESSE PRINCIPALE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			

INFORMATIONS CONCERNANT LE COMPTE SÉPARÉ	
N° du compte séparé à l'institution financière	

**Déclare ce qui suit :**

- Le compte séparé est ouvert au sein de l'institution financière dont les informations figurent ci-dessus;
- Ce compte est constitué des sommes que le cabinet, la société autonome ou le représentant autonome reçoit ou perçoit pour le compte d'autrui dans l'exercice de ses activités régies par la Loi et ses règlements;
- Ce compte est régi par la Loi et ses règlements;
- Conformément aux registres de l'institution financière, les personnes dont le nom et la signature figurent ci-dessous sont autorisées à signer au nom du représentant autonome, du cabinet ou de la société autonome tout document relatif aux opérations courantes de ce compte :

INFORMATIONS CONCERNANT LES PERSONNES AUTORISÉES À SIGNER					
PERSONNE AUTORISÉE À SIGNER N° 1					
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signature				Date	____ / ____ / ____ année mois jour
PERSONNE AUTORISÉE À SIGNER N° 2					
M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signature				Date	____ / ____ / ____ année mois jour

## DÉCLARATION SOLENNELLE

En foi de quoi, j'ai (dirigeant, associé ou représentant autonome) signé :

M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
Signé à			Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature				

Déclaré sous serment devant moi (commissaire à l'assermentation) :

M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
District judiciaire			N° de commission	
Signé à			Date	____ / ____ / ____ année mois jour
Signature				

## ANNEXE – DÉCLARATION DES DIRIGEANTS ET DES ADMINISTRATEURS OU ASSOCIÉS

Cette déclaration doit être remplie, signée et datée par le dirigeant responsable des opérations au Québec et par chacun des administrateurs et dirigeants du cabinet ou par chacun des associés de la société autonome inscrits sur la déclaration du registraire des entreprises. Une copie par dirigeant ou associé responsable, dirigeant, administrateur ou associé.

Nous vous invitons à consulter le feuillet d'accompagnement qui a été conçu pour vous aider à répondre aux questions de cette annexe. Il est disponible sur notre site Web, à la section « Professionnels — Cabinets, sociétés et représentants autonomes ».

INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT, L'ADMINISTRATEUR OU L'ASSOCIÉ					
M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom		
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>					
N° de client (s'il y a lieu) (10 chiffres)		Date de naissance : _____ / _____ / _____ année mois jour			
Titre ou fonction au sein de l'inscrit <sup>10</sup>					
ADRESSE RÉSIDENIELLE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Courriel			
INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME (L'INSCRIT)					
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)			
Nom					

### **Veillez répondre aux questions de cet encadré si vous remplissez cette déclaration pour la première fois ou si vous devez mettre à jour des informations fournies préalablement.**

Décrivez votre expérience à titre de **représentant**, celle dans le **secteur des services financiers** et celle en **gestion** au Québec ou ailleurs :

**Représentant** : \_\_\_\_ année(s)  **Secteur des services financiers** : \_\_\_\_ année(s)  **Gestion** : . année(s)

Description : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cochez votre niveau d'études le plus élevé :

Primaire  Secondaire  Collégial

Universitaire (1<sup>er</sup> cycle) Diplôme : \_\_\_\_\_

Universitaire (cycles supérieurs) Diplôme : \_\_\_\_\_

Cochez les titres professionnels détenus :

A.V.A.  A.V.C.  C.d'A.Ass.  C.d'A.A.  PAA  PFA  
 PFC  FLMI  C.Fin.A.  CRM  Autre \_\_\_\_\_

<sup>10</sup> Un inscrit au sens de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, est un cabinet, une société autonome ou un représentant autonome.

**Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous. Pour toute réponse positive aux questions 3 à 6, veuillez fournir les précisions demandées à la section *Renseignements complémentaires*.**

1. Êtes-vous dirigeant ou employé d'un assureur?  Oui  Non
- Si oui, veuillez fournir l'information suivante :  Dirigeant  Employé
- Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de client : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de client : \_\_\_\_\_
2. Êtes-vous dirigeant ou employé d'un autre inscrit?  Oui  Non
- Si oui, veuillez fournir l'information suivante :  Dirigeant  Employé
- Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de client : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de client : \_\_\_\_\_
3. Êtes-vous une personne liée<sup>11</sup> à une autre entreprise de services financiers?  Oui  Non
4. Exercez-vous d'autres fonctions ou d'autres activités, rémunérées ou non, excluant celles pour lesquelles vous détenez un droit d'exercice de l'Autorité?  Oui  Non
5. Faites-vous l'objet d'une incapacité<sup>12</sup> vous empêchant de remplir votre rôle auprès de l'inscrit?  Oui  Non
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous, à titre personnel ou dans le cadre d'une fonction quelconque exercée au sein d'une entreprise de services financiers, fait l'objet d'une :

a) plainte actuellement non réglée déposée en vertu d'une loi encadrant le secteur des services financiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) démission, fin involontaire de contrat ou congédiement en lien avec des manquements commis, entre autres, à une loi, un règlement, une directive ou un code de déontologie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) enquête ou accusation de la part d'un ordre professionnel ou d'un organisme de surveillance du secteur des services financiers ou du secteur de l'immobilier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) procédure disciplinaire, amende ou décision de la part d'un organisme de surveillance du secteur des services financiers ou d'un tribunal administratif?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) annulation, suspension ou radiation de droit d'exercice dans le secteur des services financiers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) incapacité à acquitter une obligation financière?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) saisie ou jugement non exécuté comportant des obligations financières?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) proposition, arrangement ou toute autre procédure en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité, de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies ou de toute autre loi traitant d'insolvabilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) requête en faillite, cession de biens, ordonnance ou toute autre procédure en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité, de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies ou de toute autre loi traitant d'insolvabilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
j) accusation ou déclaration de culpabilité relativement à une infraction ou un acte criminel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
k) poursuite civile en lien avec vos activités professionnelles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<sup>11</sup> Pour les particuliers, le lien de dépendance se définit par les liens du sang, du mariage, de l'union de fait, de l'union civile et de l'adoption. Deux personnes peuvent aussi être considérées liées dans les faits. Pour les entreprises, il faut examiner la notion de contrôle en plus des liens existants pour les particuliers.

<sup>12</sup> La notion d'« incapacité » fait référence à l'incapacité d'une personne d'exercer certains droits, en raison de la loi ou d'une décision judiciaire.

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Veillez remplir les sections qui correspondent à votre situation.

## AUTRES ACTIVITÉS ET LIENS DE DÉPENDANCE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 3 ou 4, veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- Domaine d'activité de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- Vos fonctions : \_\_\_\_\_
- Clientèle cible de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- Nom du propriétaire de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- Nature du lien de dépendance (si applicable) : \_\_\_\_\_

## INCAPACITÉ

Si vous avez répondu *oui* à la question 5, veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nature de l'incapacité : \_\_\_\_\_
- Date de prise d'effet : \_\_\_\_\_

## PLAINTÉ NON RÉGLÉE

Si vous avez répondu *oui* à la question 6 a), veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom de la personne ou de l'entreprise visée : \_\_\_\_\_
- Nom du plaignant : \_\_\_\_\_
- Date de la plainte : \_\_\_\_\_
- Objet de la plainte : \_\_\_\_\_



## SITUATION FINANCIÈRE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 f) ou 6 g), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Incapacité à acquitter une obligation financière       Jugement non exécuté       Saisie

- Nom de la personne ou de l'entreprise concernée : \_\_\_\_\_
- Montant dû au moment de l'événement : \_\_\_\_\_
- Nom de la personne ou de l'entreprise à qui le montant est ou était dû : \_\_\_\_\_
- Date d'échéance des paiements ou date du paiement final : \_\_\_\_\_
- Montant actuellement dû : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 h) ou 6 i), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Proposition ou arrangement       Requête en faillite, cession de biens ou ordonnance

- Nom de la personne ou de l'entreprise concernée : \_\_\_\_\_
- Date de la procédure : \_\_\_\_\_
- Causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Numéro de la décision, le cas échéant : \_\_\_\_\_
- Résumé de la décision ou du règlement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Montant actuellement dû : \_\_\_\_\_
- Créanciers : \_\_\_\_\_
- Situation actuelle : \_\_\_\_\_
- Date de la libération, le cas échéant : \_\_\_\_\_

## POURSUITE CIVILE ET POURSUITE CRIMINELLE

Si vous avez répondu *oui* aux questions 6 j) ou 6 k), veuillez cocher la case qui correspond à votre situation, puis fournir les renseignements demandés ci-dessous :

- Accusation relativement à une infraction ou un acte criminel
- Déclaration de culpabilité relativement à une infraction ou un acte criminel
- Poursuite civile en lien avec vos activités professionnelles

• Nom de la personne ou de l'entreprise visée : \_\_\_\_\_

• Nom du ou des demandeurs (dans le cas d'une poursuite civile) : \_\_\_\_\_

• Type d'accusation ou d'infraction ou motif de la poursuite civile : \_\_\_\_\_

• Date de l'accusation ou de la déclaration de culpabilité, le cas échéant : \_\_\_\_\_

• Date du procès ou de l'appel, le cas échéant : \_\_\_\_\_

• Numéro de la décision, le cas échéant : \_\_\_\_\_

• Résumé de la décision ou du règlement, le cas échéant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS (DIRIGEANT, ASSOCIÉ OU ADMINISTRATEUR)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>				
Signature			Date	_____ / _____ / _____ jour mois année

**ANNEXE - DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS RESPONSABLES EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE**

Cette déclaration doit être remplie, signée et datée seulement si vous demandez une inscription dans la discipline du courtage hypothécaire.

Le terme « dirigeant responsable » utilisé dans ce formulaire désigne le dirigeant responsable du principal établissement de la personne morale ou, l'associé responsable du principal établissement de la société.

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME (L'INSCRIT)			
N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom			
INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT RESPONSABLE			
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom
N° de client (10 chiffres)		Date de naissance : ____ / ____ / ____ année      mois      jour	

DÉCLARATION	
La personne morale ou la société déclare que le dirigeant responsable satisfait aux conditions suivantes :	
a) détient un certificat en vigueur dans la discipline du courtage hypothécaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) répond à l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>a réussi, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, les examens sur les compétences que doit posséder le dirigeant responsable en courtage hypothécaire;</li> <li>a agi, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, comme dirigeant responsable en courtage hypothécaire;</li> <li>a été inscrit, dans les 2 ans précédant la présente demande d'inscription, comme représentant autonome en courtage hypothécaire.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) est conforme aux obligations relatives à la formation continue des dirigeants responsables en courtage hypothécaire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS (DIRIGEANT OU ASSOCIÉ RESPONSABLE / SIGNATAIRE AUTORISÉ)			
Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.			
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom
Signature		Date	____ / ____ / ____ jour      mois      année

L'Autorité accepte les formulaires transmis par **la poste** 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