Devez-vous remplir ce formulaire?

Ce formulaire s'adresse uniquement au cabinet ou à la société autonome (ci-après « l'inscrit ») qui souhaite utiliser un espace numérique transactionnel permettant :

- de **conclure** un contrat pour des produits d'assurance; **ou**
- de **procéder** au règlement de sinistres; **ou**
- d'**effectuer** des planifications financières; **ou**
- de **se livrer** à des opérations de courtage hypothécaire.

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.

Ce formulaire permet notamment à l'inscrit de divulguer à l'Autorité les renseignements prescrits par l'article 4 du *Règlement sur les modes alternatifs de distribution*. Il permet également à l'inscrit d'informer l'Autorité de toute modification aux renseignements déjà divulgués.

Feuillet d'accompagnement

Nous vous invitons à consulter le feuillet d'accompagnement conçu pour vous aider à répondre aux questions de ce formulaire. Ce feuillet est disponible sur le site Web de l'Autorité, à lautorite.qc.ca, dans la section **Professionnels / Cabinets, sociétés et représentants autonomes / Offre par Internet.**

Important :

L'inscrit doit aviser l'Autorité de toute modification à l'un des renseignements fournis **dans un délai de 30 jours** suivant cette modification.

Protection des renseignements personnels

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).

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT L'INSCRIT

N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise			

PARTIE 2 – DÉCLARATION

PARTIE 2.1 – INFORMATIONS RELATIVES À L'ESPACE NUMÉRIQUE

Ce formulaire peut être utilisé pour ajouter, modifier ou supprimer un seul espace numérique.

L'inscrit qui souhaite ajouter, modifier ou supprimer plus d'un espace numérique doit utiliser une copie de ce formulaire pour chaque espace numérique.

VOUS DÉSIREZ :

❑ **AJOUTER un espace numérique**
Date de début : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **MODIFIER un espace numérique**
Date de prise d'effet de la modification : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **SUPPRIMER un espace numérique**
Date de fin : _____ / _____ / _____
année mois jour

INFORMATIONS RELATIVES À L'ESPACE NUMÉRIQUE

Nom de l'espace numérique, si différent du nom de l'inscrit	
Lien hypertexte ou mécanisme permettant d'y accéder	
S'agit-il d'une version personnalisée d'un espace numérique générique qui a été fourni à l'inscrit par une autre entité? *(Voir le feuillet d'accompagnement.)* ➢ Si oui, veuillez inscrire le nom du fournisseur de l'espace numérique générique : _____	❑ Oui ❑ Non

1. Cet espace numérique permet-il de conclure un contrat pour des produits d'assurance? ❑ Oui ❑ Non
   ➢ *Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir la **partie 2.2***

2. Cet espace numérique permet-il de procéder au règlement de sinistres? ❑ Oui ❑ Non
   ➢ *Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir la **partie 2.3***

3. Cet espace numérique permet-il d'effectuer des planifications financières? ❑ Oui ❑ Non
   ➢ *Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir la **partie 2.4***

4. Cet espace numérique permet-il de se livrer à des opérations de courtage hypothécaire? ❑ Oui ❑ Non
   ➢ *Si vous avez répondu **oui**, veuillez remplir la **partie 2.5***

Si vous avez répondu **non** à ces quatre questions, **vous ne devez pas remplir ce formulaire**.

PARTIE 2.2 – CONCLURE UN CONTRAT POUR DES PRODUITS D'ASSURANCE

*Si vous avez répondu **oui** à la question 1 de la déclaration, veuillez remplir cette partie et, le cas échéant, une copie de cette partie pour chaque produit d'assurance que le client peut acquérir sur l'espace numérique.*

*Si vous avez répondu **non**, ne remplissez pas cette partie.*

VOUS DÉSIREZ :

❑ **AJOUTER un produit d'assurance**
Date de début de l'offre du produit : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **MODIFIER un produit d'assurance**
Date de prise d'effet de la modification : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **SUPPRIMER un produit d'assurance**
Date de fin de l'offre du produit : _____ / _____ / _____
année mois jour

INFORMATIONS RELATIVES AU PRODUIT D'ASSURANCE OFFERT SUR L'ESPACE NUMÉRIQUE

Nom du produit	
Catégorie du produit d'assurance *(Voir le feuillet d'accompagnement.)*	
Type de produit d'assurance *(Voir le feuillet d'accompagnement.)*	
S'il s'agit d'un produit d'assurance de personnes, comporte-t-il un volet d'investissement, dont un contrat individuel à capital variable?	❑ Oui ❑ Non ❑ N/A, il ne s'agit pas d'assurance de personnes

Nom de l'assureur nº 1		Nº de client de l'assureur (10 chiffres)	
Nom de l'assureur nº 2 (*s'il y a lieu*)		Nº de client de l'assureur (10 chiffres)	
Nom de l'assureur nº 3 (*s'il y a lieu*)		Nº de client de l'assureur (10 chiffres)	
Nom de l'assureur nº 4 (*s'il y a lieu*)		Nº de client de l'assureur (10 chiffres)	

PARTIE 2.3 – PROCÉDER AU RÈGLEMENT DE SINISTRES

*Si vous avez répondu **oui** à la question 2 de la déclaration, veuillez remplir cette partie et, le cas échéant, une copie de cette partie pour chaque produit pour lequel le règlement de sinistres peut être conclu sur l'espace numérique.*

*Si vous avez répondu **non**, ne remplissez pas cette partie.*

VOUS DÉSIREZ :

❑ **AJOUTER un service de règlement de sinistres**
Date de début de l'offre : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **MODIFIER un service de règlement de sinistres**
Date de prise d'effet de la modification : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **SUPPRIMER un service de règlement de sinistres**
Date de fin de l'offre : _____ / _____ / _____
année mois jour

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE DE RÈGLEMENT DE SINISTRES OFFERT SUR L'ESPACE NUMÉRIQUE

Nom du service *(s'il y a lieu)*			
Catégorie du produit d'assurance associé au service *(Voir le feuillet d'accompagnement.)*			
Type de produit d'assurance associé au service *(Voir le feuillet d'accompagnement.)*			
Nom de l'assureur		N° de client de l'assureur (10 chiffres)	

PARTIE 2.4 – EFFECTUER DES PLANIFICATIONS FINANCIÈRES

*Si vous avez répondu **oui** à la question 3 de la déclaration, veuillez remplir cette partie et, le cas échéant, une copie de cette partie pour chaque service de planification financière qu'il est possible de réaliser sur l'espace numérique.*

*Si vous avez répondu **non**, ne remplissez pas cette partie.*

VOUS DÉSIREZ :

❑ **AJOUTER un service de planification financière**
Date de début : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **MODIFIER un service de planification financière**
Date de prise d'effet de la modification : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **SUPPRIMER un service de planification financière**
Date de fin de l'offre : _____ / _____ / _____
année mois jour

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE DE PLANIFICATION FINANCIÈRE OFFERT SUR L'ESPACE NUMÉRIQUE

Nom du service *(s'il y a lieu)*	

PARTIE 2.5 – SE LIVRER À DES OPÉRATIONS DE COURTAGE HYPOTHÉCAIRE

*Si vous avez répondu **oui** à la question 4 de la déclaration, veuillez remplir cette partie.*

*Si vous avez répondu **non**, ne remplissez pas cette partie.*

VOUS DÉSIREZ :

❑ **AJOUTER un service de courtage hypothécaire**
Date de début : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **MODIFIER un service de courtage hypothécaire**
Date de prise d'effet de la modification : _____ / _____ / _____
année mois jour

❑ **SUPPRIMER un service de courtage hypothécaire**
Date de fin de l'offre : _____ / _____ / _____
année mois jour

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE DE COURTAGE HYPOTHÉCAIRE OFFERT SUR L'ESPACE NUMÉRIQUE

Nom du service *(s'il y a lieu)*	

PRÊTEURS HYPOTHÉCAIRES

*Vous devez déclarer **tous** les prêteurs hypothécaires avec lesquels vous pourriez faire affaire au cours des activités de courtage hypothécaire réalisées à partir de votre espace numérique. **Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.***

Assurez-vous d'avoir préalablement déclaré tous ces prêteurs hypothécaires dans vos liens d'affaires au moyen du formulaire de Gestion des liens d'affaires.

Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	
Nom		Nº de client (10 chiffres)	

PARTIE 3 – DÉCLARATION QUANT AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS				
SIGNATAIRE AUTORISÉ				
Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.				
M. ❑ Mme ❑	Prénom		Nom	
Signature			Date	_____ / _____ / _____ année mois jour

L'Autorité accepte les formulaires envoyés par **la poste** seulement.

Aucun formulaire envoyé 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