

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

La *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 prévoit qu'un cabinet qui cesse de faire affaire avec un autre inscrit (cabinet, représentant autonome ou société autonome) pour des motifs reliés à l'exercice de ses activités doit en aviser l'Autorité sans délai. Le cabinet qui informe l'Autorité de ces motifs n'encourt aucune responsabilité civile de ce fait.

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 \(lautorite.qc.ca\)](https://www.lautorite.qc.ca/protection-des-donnees-et-des-renseignements-personnels).

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET REMPLISSANT LE FORMULAIRE

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|
| N° d'inscription (6 chiffres) | | Nom de l'entreprise | |
| Date de la cessation | ____ / ____ / ____ année mois jour | | |

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET, LA SOCIÉTÉ AUTONOME OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME VISÉ PAR LA CESSATION D'AFFAIRES

| | | | |
|----------------------------------|--|---------------------|--|
| N° d'inscription (6 chiffres) | | Nom de l'entreprise | |
|----------------------------------|--|---------------------|--|

PARTIE 2 – DÉCLARATION

Veillez indiquer les **faits** et le **contexte** ayant conduit à la cessation?

1. Veuillez nous indiquer si, à votre avis, la cessation d'affaires est en lien avec :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. La protection du public | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b. L'intégrité de l'inscrit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c. Les obligations et responsabilités de l'inscrit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d. Un comportement fautif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu non à toutes les questions, veuillez passer à la section 4

Si oui, veuillez indiquer si l'acte commis :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. a un lien avec les activités de l'inscrit? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b. a été fait à l'encontre d'un ou de plusieurs clients? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c. a été un acte isolé? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| o Sinon, à combien de reprises l'acte a-t-il été répété? _____ | | |
| d. a entraîné une enquête interne? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, veuillez mentionner les résultats de cette enquête :

Cette enquête a entraîné ou entraînera-t-elle une poursuite légale de votre part? Oui Non

2. Est-ce qu'une plainte concernant les agissements du représentant a été déposée à la Chambre de la sécurité financière ou à la Chambre de l'assurance de dommages et/ou aux autorités policières? Oui Non

Si aucune plainte n'a été déposée, veuillez nous indiquer pourquoi :

PARTIE 3 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

| PIÈCES JUSTIFICATIVES | |
|---|---|
| Cessation d'affaires <i>Aucun document requis</i> | <input type="checkbox"/> Document relatif à la cessation d'affaires (s'il y a lieu) <input type="checkbox"/> Copie de la plainte (s'il y a lieu) |

PARTIE 4 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande, le cas échéant.

| | | | | |
|--|---------|--|------|---------------------------------------|
| M. <input type="checkbox"/> | Prénoms | | Nom | |
| M ^{me} <input type="checkbox"/> | | | | |
| Signature | | | Date | ____ / ____ / ____ année mois jour |

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

Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ne sera accepté.

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