

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

Ce formulaire doit être complété, tous les mois, par le cabinet qui offre, par l'entremise d'un courtier spécial, des produits d'assureurs externes. Cette obligation est prévue à l'article 3 du *Règlement sur le courtage spécial en assurance de dommages*, RLRQ, c. D-9.2, r. 6.

L'annexe de la déclaration du client doit être complétée par chacun des clients.

Si vous manquez d'espace pour vos courtiers spéciaux, pour les assureurs ayant refusé le risques ou pour les assureurs externes, veuillez annexer des feuilles additionnelles à ce formulaire.

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).

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nom du cabinet | | | |
| N° d'inscription (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |

INFORMATIONS CONCERNANT LES COURTIERS SPÉCIAUX

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Prénoms | | Nom | |
| N° de certificat (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |
| Prénoms | | Nom | |
| N° de certificat (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |
| Prénoms | | Nom | |
| N° de certificat (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |
| Prénoms | | Nom | |
| N° de certificat (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |
| Prénoms | | Nom | |
| N° de certificat (6 chiffres) | | N° de client (10 chiffres) | |

| INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSUREURS AYANT REFUSÉ LES RISQUES | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| Nom de l'assureur | | | |
| Description du risque visé : | | Nom du client souscripteur | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Description du risque visé : | | Nom du client souscripteur | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Description du risque visé : | | Nom du client souscripteur | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Description du risque visé : | | Nom du client souscripteur | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Description du risque visé : | | Nom du client souscripteur | |
| INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSUREURS EXTERNES QUI ONT ACCEPTÉ D'ASSURER LES RISQUES VISÉS. | | | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Principal établissement | | | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Principal établissement | | | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Principal établissement | | | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Principal établissement | | | |
| Nom de l'assureur | | | |
| Principal établissement | | | |

PARTIE 2 – DÉCLARATION

J'atteste que l'information contenue dans ce formulaire est complète et exacte.

OU

Je déclare n'avoir placé aucun risque auprès d'un assureur externe ce mois-ci.

PARTIE 3 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

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

L'Autorité accepte les formulaires transmis par **la poste** et par ses **services en ligne** seulement.

Aucun formulaire transmis à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

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

**ANNEXE – DÉCLARATION FAITE PAR LE CLIENT AU COURTIER SPÉCIAL AGISSANT
AUPRÈS D'UN ASSUREUR NON TITULAIRE DE PERMIS AU QUÉBEC**

Le soussigné _____

| CLIENT | | | | | |
|--|--------|----------|-----|-----------------|--|
| M. <input type="checkbox"/> | Prénom | | Nom | | |
| M ^{me} <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ADRESSE | | | | | |
| N° d'immeuble | | Rue | | App. / Unité | |
| Municipalité | | Province | | Code postal | |
| Téléphone | | courriel | | | |

déclare qu'à l'égard des biens ou autres intérêts suivants à assurer

Désignation et situation des risques à assurer

a) Description du risque : _____

b) Adresse exacte du risque : _____

les assureurs suivants, titulaires d'un permis au Québec

Nom des assureurs ayant refusé d'accorder l'assurance demandée

a) _____

b) _____

c) _____

ont refusé de m'accorder l'assurance de dommages demandée d'un montant de

Montant de l'assurance demandée _____ \$

IMPORTANT

Je déclare en outre avoir été informé par le courtier que :

- a) l'assureur auprès duquel le risque sera placé n'est pas titulaire d'un permis au Québec;
- b) cet assureur n'a aucun établissement au Québec;
- c) cet assureur n'est pas soumis à la surveillance de l'Autorité des marchés financiers et ne lui fournit pas non plus les états et rapports prévus par la *Loi sur les assureurs*, RLRQ, c. A-32.1;
- d) cet assureur n'est pas tenu de maintenir des réserves suffisantes pour garantir ses obligations envers ses assurés du Québec.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé la présente déclaration

à _____ le _____

(Signature du client)

(dans le cas d'une personne morale, celle de son représentant dûment autorisé)

(Signature du témoin)