

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

Ce formulaire vous permet de retirer une ou plusieurs disciplines ou catégories de discipline de votre certificat.

Vous devez avoir cessé vos activités pour demander le retrait d'une discipline de votre certificat. Assurez-vous que votre entreprise a bien effectué ce retrait avant de remplir ce formulaire.

Veuillez prendre note que le retrait de discipline entrera en vigueur à la date de l'approbation de la demande.

Nous vous informons que si vous refusez ou omettez de nous fournir les renseignements et/ou documents demandés, nous serons dans l'impossibilité de procéder au traitement de votre demande.

**Droits d'accès et de rectification**

Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou demander qu'ils soient rectifiés s'ils sont inexacts, incomplets ou équivoques, ou si leur collecte, leur communication ou leur conservation ne sont pas autorisées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1. Pour toute question à ce sujet, nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : [Accès à l'information | AMF \(lautorite.qc.ca\)](https://www.lautorite.qc.ca).

PARTIE 1 – IDENTIFICATION							
INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT							
N° de client (10 chiffres)							
M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom				Nom		
Date de naissance	_____ / _____ / _____ année mois jour	Langue de correspondance :			Français <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>	
ADRESSE RÉSIDENTIELLE							
N° d'immeuble		Rue				App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	
Téléphone				Cellulaire			
Télécopieur				Courriel			
ADRESSE DE CORRESPONDANCE				Même que résidentielle <input type="checkbox"/>			
N° d'immeuble/ Case postale		Rue				App. / Unité	
Municipalité				Province		Code postal	

<b>PARTIE 2 – CHOIX DE DISCIPLINE / CATÉGORIE DE DISCIPLINE</b>	
<b>DEMANDE DE RETRAIT DE DISCIPLINE</b>	
<b>DISCIPLINES COMPLÈTES</b>	<b>CATÉGORIES DE DISCIPLINE</b>
<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 (Courtier)	<input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers (Courtier) <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises (Courtier)
<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"/> 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	
<b>DEMANDE DE MENTION AU CERTIFICAT</b>	
<input type="checkbox"/> Mention C (courtage spécial)	<input type="checkbox"/> Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)
<b>EMPLOYÉ EN ASSURANCE DE DOMMAGES VISÉ PAR L'ARTICLE 547 DE LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS (LDPSF)</b>	
<input type="checkbox"/> 547	

**PARTIE 3 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES**

Vous devez avoir acquitté toutes les sommes dues auprès de l'Autorité des marchés financiers afin d'obtenir le retrait de votre ou vos disciplines /catégories de discipline.

**PARTIE 4 – SIGNATURES****REPRÉSENTANT**

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

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

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

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

Faites parvenir votre paiement et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

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