

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

Ce formulaire permet à un cabinet ou à une société autonome de mettre fin à ses engagements avec un représentant dans une ou plusieurs disciplines ou catégories de discipline. Vous devez remplir un formulaire par représentant. Notez que le retrait prendra effet à la date de l'approbation de la demande.

Si vous êtes un représentant autonome, vous devez plutôt remplir le formulaire de retrait de discipline / d'inscription.

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).

### Note importante

La Loi sur la distribution de produits et services financiers, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF ») prévoit aux articles 104 et 144 :

**Un cabinet ou une société autonome qui met fin à ses engagements avec un représentant doit en aviser immédiatement l'Autorité.**

**Si les motifs sont liés aux activités du représentant, l'Autorité doit en être informée. L'inscrit qui informe l'Autorité de ces motifs n'encourt aucune responsabilité civile de ce fait.**

## PARTIE 1 – IDENTIFICATION DE L'INSCRIT

### INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET OU LA SOCIÉTÉ AUTONOME

N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise		Langue de correspondance: Français    Anglais	

### Adresse principale

N° d'immeuble / Case postale		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	
N° de téléphone Ex. : 514 555-5555		N° de télécopieur			
Adresse courriel					

### Adresse de correspondance

Même que principale

N° d'immeuble / case postale		Rue		App. / Unité	
Municipalité		Province		Code postal	

#### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

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

## PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

### REPRÉSENTANT VISÉ PAR LE RETRAIT

N° de client (10 chiffres)		
M. M <sup>me</sup>	Prénom	Nom

## PARTIE 3 – INFORMATIONS CONCERNANT LE RATTACHEMENT

DISCIPLINES COMPLÈTES	CATÉGORIES DE DISCIPLINE
Assurance de personnes	Assurance contre la maladie ou les accidents
Assurance collective de personnes	Régimes d'assurance collective Régimes de rentes collectives
Assurance de dommages (Courtier)	Assurance de dommages des particuliers (Courtier) Assurance de dommages des entreprises (Courtier)
Assurance de dommages (Agent)	Assurance de dommages des particuliers (Agent) Assurance de dommages des entreprises (Agent)
Expertise en règlement de sinistres	Expertise en règlement de sinistres des particuliers Expertise en règlement de sinistres des entreprises
Planification financière	
Courtage hypothécaire	

### MENTION AU CERTIFICAT

Mention C (courtage spécial)

Mention E (expertise en règlement de sinistres à l'égard des polices souscrites par l'entremise du cabinet auquel il est rattaché)

### EMPLOYÉ EN ASSURANCE DE DOMMAGES VISÉ PAR L'ARTICLE 547 DE LA LDPSF

547

## PARTIE 4 – DÉCLARATION

Veillez remplir cette partie si vous avez demandé le retrait de toutes les disciplines ou catégories de discipline dans lesquelles le représentant était autorisé à agir pour votre cabinet ou société autonome.

La cessation d'emploi prendra effet à la date de l'approbation de la demande. Veuillez cependant préciser à quelle date vous avez cessé de faire affaire avec le représentant.	Date :
Veillez nous indiquer le motif ayant conduit à la cessation.	Changement de catégorie
	Congédiement*
	Décès
	Démission à la demande de l'employeur*
	Démission volontaire*
	Fin de contrat*
	Retraite

**\* Si vous avez indiqué que le motif de la cessation d'emploi était un congédiement, une démission à la demande de l'employeur, une démission volontaire ou une fin de contrat, veuillez remplir les sections suivantes :**

Veillez indiquer les faits et le contexte ayant conduit à la cessation d'emploi :

Veillez nous indiquer si, à votre avis, la cessation est en lien avec :

1. La protection du public	Oui Non
2. L'intégrité du représentant	Oui Non
3. Les obligations et responsabilités du représentant	Oui Non
4. Un comportement fautif	Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'un des points précédents, veuillez préciser si l'acte commis :

5.	A un lien avec les activités de représentant.	Oui	Non
6.	A été fait dans l'exercice des fonctions de représentant	Oui	Non
7.	A été fait à l'encontre de plusieurs clients.	Oui	Non
8.	A entraîné une enquête interne.	Oui	Non
9.	A ou va entraîner une poursuite légale de votre part	Oui	Non
10.	A ou va entraîner le dépôt d'une plainte à la chambre de la sécurité financière ou à la Chambre de l'assurance de dommages et / ou aux autorités policières.	Oui	Non
11.	A été un acte isolé.	Oui	Non

Si vous avez répondu « Non » au point 11, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un acte isolé, à combien de reprises a-t-il été répété?

## PARTIE 5 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Signature du dirigeant responsable / du signataire autorisé / de l'associé responsable

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

M. M <sup>me</sup>	Prénom		Nom	
Signature			Date	

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