

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

## Services en ligne

Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant les services en ligne accessibles sur notre site Web au [www.lautorite.qc.ca/](http://www.lautorite.qc.ca/).

### Note importante

Assurez-vous d'avoir obtenu votre autorisation d'inscription **avant** de faire votre demande.

PARTIE 1 – INFORMATION D'IDENTIFICATION (en lettres majuscules)							
INFORMATION DU CLIENT							
N° de client (10 chiffres)							
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)		Nom		M. <input type="checkbox"/>		
Date de naissance ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
ADRESSE RÉSIDENTIELLE							
N° d'immeuble		Rue		App.			
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone (domicile)			Téléphone (travail)		Poste		
Cellulaire			Courriel				

### Note importante

Une demande incomplète occasionne des délais de traitement additionnels. De plus, si le délai exigé pour le retour de vos pièces manquantes n'est pas respecté, votre demande d'inscription aux examens sera annulée et aucun remboursement ne sera appliqué.

## PARTIE 2 – CHOIX DES EXAMENS

Notez que vous pouvez passer plusieurs examens la même journée ou les échelonner parmi les dates disponibles et ce, en ne payant qu'une seule fois les frais d'inscription, à condition de déterminer sur ce formulaire toutes les dates prévues pour vos examens. Toute nouvelle demande d'inscription aux examens comporte des frais d'inscription.

**Pour vous inscrire à vos examens, vous devez consulter le calendrier d'examens (incluant l'horaire) et indiquer les renseignements suivants sur les tableaux ci-après :**

- la langue et le lieu ;
- la séquence de passation dans laquelle vous désirez être inscrit à vos examens (exemple : si vous désirez passer l'examen 01-312 en premier, indiquez 1 dans la colonne « Séquence de passation » vis-à-vis de cet examen et 2 vis-à-vis l'examen 01-111) ;

**Centre d'information**  
Sans frais : 1 877 525-0337  
Québec : 418 525-0337  
Montréal : 514 395-0337

DQual\_inscription-examens-PQAP\_Janvier 2024

### Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

- la date de passation et la plage horaire (si vous le désirez, vous pouvez faire 3 choix par ordre de préférence) ;
- Si vous avez un numéro de réservation, veuillez l'inscrire dans l'espace prévu pour le lieu de l'examen. Indiquez également la langue demandée.

#### **Pour une demande d'un postulant autorisé à agir dans une autre province ou un autre territoire du Canada**

Si vous êtes autorisé à agir comme représentant dans une autre province ou un autre territoire du Canada et que vous répondez à toutes les exigences d'entrée dans la carrière, vous devez réussir :

- le cours « Déontologie et pratiques professionnelles (Code-civil) »;
- l'examen ayant trait aux notions de déontologie et pratique professionnelle;
- la période probatoire

Si cette condition ne s'applique pas à vous, vous devez satisfaire aux exigences de qualification en vigueur. Veuillez consulter l'onglet « Devenir professionnel » sur notre site Web pour connaître ces exigences.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ À AGIR DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE DU CANADA			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

#### **Pour une demande de remise en vigueur**

Une personne ayant abandonné son certificat pour une période de plus d'un an et de moins de trois ans, et ayant détenu un certificat durant au moins un an, doit :

- avoir une formation minimale valide;
- réussir l'examen ayant trait aux notions de déontologie et pratique professionnelle.

REMISE EN VIGUEUR			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

**Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)**

**Pour une demande d'un postulant qui désire agir à titre de représentant dans les disciplines de l'assurance de personnes, de l'assurance collective de personnes ou dans l'une de leurs catégories de discipline**

Si vous désirez agir à titre de représentant, les examens ci-après doivent être réussis et être valides avant la soumission de votre demande de période probatoire.

<b>ASSURANCE DE PERSONNES</b>				
<b>Titre de l'examen</b>	<b>Langue</b>	<b>Lieu</b>	<b>Séquence de passation (1 à 4)</b>	<b>Date de passation et plage horaire par ordre de préférence</b>
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-311</b> – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-312</b> – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-313</b> – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

## Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

ASSURANCE CONTRE LA MALADIE OU LES ACCIDENTS				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 2)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-312</b> – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES				
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Séquence de passation (1 à 4)	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-311</b> – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-312</b> – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-313</b> – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

**Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)**

<b>RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES</b>				
<b>Titre de l'examen</b>	<b>Langue</b>	<b>Lieu</b>	<b>Séquence de passation (1 à 3)</b>	<b>Date de passation et plage horaire par ordre de préférence</b>
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-311</b> – Assurance vie	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-312</b> – Assurance contre la maladie ou les accidents	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

<b>RÉGIMES DE RENTES COLLECTIVES</b>				
<b>Titre de l'examen</b>	<b>Langue</b>	<b>Lieu</b>	<b>Séquence de passation (1 à 2)</b>	<b>Date de passation et plage horaire par ordre de préférence</b>
<b>01-111</b> – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour
<b>01-313</b> – Fonds distincts et rentes	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

REMISE EN VIGUEUR D'UN CERTIFICAT			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-111 – Déontologie et pratique professionnelle	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

REPRÉSENTANT DU QUÉBEC QUI SOUHAITE SE CERTIFIER DANS UNE AUTRE PROVINCE DU CANADA			
Titre de l'examen	Langue	Lieu	Date de passation et plage horaire par ordre de préférence
01-112 – Déontologie et pratique professionnelle (Canada)	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	_____	1. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour 2. ____ / ____ / ____ Heure : ____ année mois jour

**Avis de convocation**

Un avis de convocation vous sera envoyé lorsque l'Autorité aura traité votre demande à la suite de la réception du paiement des frais exigibles. Cet avis de convocation confirmera votre horaire d'examens. Sur réception de votre avis de convocation, vérifiez les dates et heures de vos examens. Il est possible que l'Autorité ne puisse pas vous inscrire aux dates et aux plages horaires que vous demandez compte tenu du nombre limité de places dans les salles d'examens.

**Demande de report ou d'annulation d'examens**

Pour changer la date ou l'heure d'un examen auquel vous êtes déjà inscrit, faites votre demande en utilisant le formulaire demande de report ou d'annulation d'examens.

**PARTIE 3 – DIVULGATION DE LA DÉCISION À UNE TIERCE PERSONNE**

Cette section du formulaire vous permet d'identifier une tierce personne à laquelle vous souhaitez que votre décision d'attestation soit divulguée, qu'elle soit inscrite à l'Autorité des marchés financiers ou non.

Souhaitez-vous que le résultat de votre demande soit divulgué à une tierce personne?  Oui  Non

Si oui, cette personne ou cette entreprise est-elle inscrite auprès de l'Autorité?

**Oui**

N° client à l'Autorité : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**Non**

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  Français  Anglais

**ADRESSE DE CORRESPONDANCE (TIERCE PERSONNE)**

N° d'immeuble		Rue		App.	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Poste	
Cellulaire		Courriel			





Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

PARTIE 5 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT			
INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT			
N° de client (10 chiffres)			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
Nom de l'entreprise			
FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 <sup>er</sup> JANVIER 2024 AU 31 DÉCEMBRE 2024 (les frais ne sont pas remboursables)			
Frais d'inscription aux examens :	<input type="checkbox"/> 174,00 \$	Si vous payez par carte de crédit, veuillez reporter ce montant à l'endroit indiqué d'un * ci-dessous. Si le montant indiqué est supérieur au montant dû, nous nous réservons le droit de corriger ce montant et de l'ajuster à la baisse.	
Frais de divulgation :	<input type="checkbox"/> 29,00 \$		
Montant dû :	_____ \$		
MODE DE PAIEMENT			
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste	Veuillez faire votre paiement à l'ordre de <b>l'Autorité des marchés financiers</b> et le dater <b>du jour de l'envoi</b> de votre formulaire.		
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	J'accepte que l'Autorité prélève la somme de * _____ \$. N° de la carte : _____ / _____ / _____ / _____ Date d'expiration : _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>mois</span> <span>année</span> </div> <hr/> Nom du détenteur de la carte de crédit <b>(en lettres majuscules)</b> <hr/> Signature du détenteur de la carte de crédit <div style="float: right; margin-top: -20px;">             Date : _____ / _____ / _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div> </div>		

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 et votre paiement à l'adresse suivante :

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