



VOUS VOULEZ PORTER PLAINTE ?	VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE ?	VOUS VOULEZ FAIRE UNE DÉNONCIATION ?
<p>Si vous voulez porter plainte contre une entreprise ou un représentant inscrit à l'Autorité des marchés financiers, vous devez le faire par écrit. Vous pouvez le faire en remplissant et en leur expédiant le <b>Formulaire de plainte ou de dénonciation</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entreprise doit vous répondre par écrit.</li> <li>- Si vous n'êtes toujours pas satisfait, vous pouvez demander à l'entreprise de transférer votre dossier de plainte à l'Autorité en remplissant et en leur expédiant le <b>Formulaire de transfert de dossier à l'Autorité</b>.</li> </ul>	<p>Si vous avez besoin d'assistance, vous pouvez également choisir de transmettre votre plainte directement à l'Autorité en remplissant et en nous expédiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le <b>Formulaire de plainte ou de dénonciation</b> et le <b>Consentement relatif aux renseignements personnels</b> dûment signés; et</li> <li>- le <b>Formulaire de transfert de dossier à l'Autorité</b>.</li> </ul> <p>C'est avec plaisir que nous pourrions transmettre vos documents et que nous vous assisterons dans vos démarches.</p>	<p>Veillez faire parvenir directement à l'Autorité le <b>Formulaire de plainte ou de dénonciation</b>, dûment rempli.</p> <p>Le <b>Formulaire de transfert de dossier à l'Autorité</b> ainsi que le <b>Consentement relatif aux renseignements personnels</b> ne sont pas requis pour les dénonciations.</p>

## PARTIE 1 - IDENTIFICATION

**A**

### VOS COORDONNÉES

M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>		Nom		Prénom	
M. <input type="checkbox"/>					
Adresse					
N°		Rue			App.
Ville			Province		Code postal
Téléphone (domicile)		Cellulaire	Téléphone (travail)		Poste
Télécopieur			Courriel		
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					

Nom et prénom du second plaignant (s'il y a lieu)				Si même adresse cocher ici : <input type="checkbox"/>	
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>		Nom		Prénom	
M. <input type="checkbox"/>					
Adresse du second plaignant					
N°		Rue			App.
Ville			Province		Code postal
Téléphone (domicile)		Cellulaire	Téléphone (travail)		Poste
Télécopieur			Courriel		



## **PARTIE 1 - IDENTIFICATION**

### **B** COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE VISÉE PAR VOTRE PLAINTE OU VOTRE DÉNONCIATION

Nom de l'entreprise			
Adresse			
N°	Rue	Bureau	
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Télocopieur	Courriel	

### **C** COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT VISÉ PAR VOTRE PLAINTE OU VOTRE DÉNONCIATION

M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Nom du représentant	Prénom	
Adresse			
N°	Rue	App.	
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Poste	Télocopieur	Courriel

## **PARTIE 2 - DESCRIPTION**

### **A** SECTEUR FINANCIER CONCERNÉ

ASSURANCES       VALEURS MOBILIÈRES       COOPÉRATIVE, FIDUCIE OU SOCIÉTÉ D'ÉPARGNE

Autre (précisez) :

### **B** DÉCRIEZ VOTRE PLAINTE OU EXPLIQUEZ LES RAISONS DE VOTRE DÉNONCIATION

Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire.




**PARTIE 2 - DESCRIPTION**

**B DÉCRIVEZ VOTRE PLAINTE OU EXPLIQUEZ LES RAISONS DE VOTRE DÉNONCIATION (...)**

Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire.


**C QUEL RÉSULTAT OU RÈGLEMENT SOUHAITEZ-VOUS OBTENIR ?**


**D DOCUMENTS À JOINDRE**

1. La réponse de l'entreprise à votre plainte (le cas échéant)
  2. Les documents nécessaires pour analyser votre plainte (exemple : copies de contrat, relevés, etc.)
- N'OUBLIEZ PAS DE CONSERVER VOS ORIGINAUX ET DE SIGNER LE CONSENTEMENT (page 4).**

Votre signature	Date
Signature du second plaignant (s'il y a lieu)	Date

**SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE** pour remplir ce formulaire ou pour toute question, vous pouvez :

- ▶ **Communiquer avec un agent** du Centre d'information de l'Autorité à l'un des numéros de téléphone inscrits ci-dessous ou en nous écrivant à : **information@lautorite.qc.ca**
- ▶ **Consulter notre site Web** : **www.lautorite.qc.ca** à la section pour les consommateurs, « Porter plainte » sous l'onglet « Obtenez de l'aide ».

**AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

Service du traitement des plaintes et de l'assistance  
800, square Victoria, 22<sup>e</sup> étage  
C.P. 246, tour de la Bourse  
Montréal (Québec) H4Z 1G3

**TÉLÉPHONE :**

Montréal • 514 395-0337  
Québec • 418 525-0337  
Numéro sans frais • 1 877 525-0337

**TÉLÉCOPIEUR :**

Numéro sans frais • 1 877 285-4378

## CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, domicilié(e) au

\_\_\_\_\_

autorise l'Autorité des marchés financiers à recueillir, à détenir, à utiliser et à communiquer tous les renseignements personnels me concernant qu'elle juge nécessaires au traitement de ma plainte.

De ce fait, j'autorise quiconque détenant des renseignements personnels sur mon compte à les communiquer à l'Autorité des marchés financiers pour le traitement de ma plainte.

J'accorde cette autorisation spécifique à l'Autorité des marchés financiers, librement et de façon éclairée, étant pleinement conscient(e) des implications de celle-ci, pour toute la durée du traitement de ma plainte.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Votre signature	Date
Signature du second plaignant (s'il y a lieu)	Date

**CE CONSENTEMENT EST À L'USAGE EXCLUSIF  
DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

### AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Service du traitement des plaintes et de l'assistance  
800, square Victoria, 22<sup>e</sup> étage  
C.P. 246, tour de la Bourse  
Montréal (Québec) H4Z 1G3

### TÉLÉPHONE :

Montréal • 514 395-0337  
Québec • 418 525-0337  
Numéro sans frais • 1 877 525-0337

### TÉLÉCOPIEUR :

Numéro sans frais • 1 877 285-4378