

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

Ce formulaire s'adresse à tout cabinet qui emploie ou pour le compte duquel un courtier en assurance de dommages veut être autorisé à agir à titre de courtier spécial. C'est le cabinet qui a la responsabilité d'en faire la demande auprès de l'Autorité. Pour plus d'information, consultez le *Règlement sur le courtage spécial en assurance de dommages* (Règlement no 11) sur notre site Internet au www.lautorite.qc.ca

Veuillez remplir ce formulaire en lettres majuscules.

1. Identifiez le cabinet qui demande cette autorisation

Nom du cabinet

N° d'inscription de l'Autorité

2. Indiquez les coordonnées du ou des courtiers en assurance de dommages qui désirent être autorisés à titre de courtier spécial (photocopier ce formulaire au besoin)

Nom et prénom du courtier

N° de certificat

Adresse résidentielle

Nom et prénom du courtier

N° de certificat

Adresse résidentielle

3. Indiquez les coordonnées des assureurs de dommages titulaires de permis au Québec pour lesquels le cabinet est autorisé à offrir des services et à vendre des produits (minimum de trois assureurs)

Nom de l'assureur

Adresse d'affaires

Nom de l'assureur

Adresse d'affaires

Nom de l'assureur

Adresse d'affaires

4. Joignez à votre demande les deux documents suivants

- Une copie des états financiers du dernier exercice financier du cabinet signé par deux de ses administrateurs.
- Une copie du cautionnement d'un montant global de 100 000 \$.

5. Frais exigibles pour chaque demande de mention spéciale

- Étude de la demande **36 \$**
 - Réimpression de certificat **40 \$**
- 76 \$ x = _____ = _____ \$**
Nombre de courtiers

Mode de paiement

Chèque Veuillez faire votre paiement à l'ordre de l'Autorité des marchés financiers et le **dater du jour de l'envoi de votre formulaire.**

Visa N° de la carte : _____ / _____ / _____ / _____

Mastercard Date d'expiration _____ / _____
mois année

J'accepte que l'Autorité prélève la somme de _____ \$.

Nom du détenteur de la carte de crédit en **majuscules**

Signature du détenteur de la carte de crédit Date : _____ / _____ / _____
jour mois année

6. Déclaration du dirigeant responsable du cabinet

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

Signature du dirigeant responsable Date : _____ / _____ / _____
jour mois année

L'Autorité accepte les formulaires par la poste ou par télécopieur. Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire complet ainsi que le paiement à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Sainte-Foy (Québec) G1V 5C1
Fax: (418) 528-7031
Site Internet : www.lautorite.qc.ca