

Nouvelle demande de permis d'agent ou de courtier d'assurances I.A.R.D.

Réservé à l'usage de l'organisme de réglementation
 Approuvé _____
 N° du permis _____
 Date de délivrance _____
 Date d'expiration _____

1. Renseignements personnels / Qualifications requises (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille (nom officiel)			
2. Prénom (prénom officiel)		Autres prénoms (au complet)	
3. Avez-vous déjà utilisé un autre nom, qu'il soit officiel ou non ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez l'indiquer ici			
4. Date de naissance		Sexe	
AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. Adresse du domicile Nom et numéro de rue, bureau, etc.			Téléphone au domicile ()
			Télécopieur au domicile (s'il y a lieu) ()
Ville	Province	Code Postal	Courriel (s'il y a lieu)
6. Nom commercial et adresse (si différent de l'adresse ci-dessus) Nom et numéro de rue, bureau, etc.			Téléphone au travail et numéro de poste ()
			Télécopieur au travail (s'il y a lieu) ()
Ville	Province	Code Postal	Courriel au travail (s'il y a lieu)
7. Adresse de correspondance : Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/>			
8. Autorisation pour la collecte des renseignements, leur utilisation et leur communication. Par la présente, je consens à la collecte, par l'autorité délivrant les permis, de renseignements personnels et de tout renseignement supplémentaire à mon sujet, au besoin, pour compléter ou vérifier l'information contenue dans le formulaire de demande et pour déterminer si je suis satisfait aux exigences me permettant de détenir un permis à titre d'agent ou de courtier d'assurance. L'autorisation légale pour la collecte de ces renseignements est contenue dans les lois et règlements régissant le régime de permis des agents et courtiers d'assurance par l'autorité pertinente délivrant les permis dans la province ou le territoire où je présente ma demande de permis. De plus, j'autorise l'autorité délivrant les permis à effectuer une vérification de mon permis et à obtenir de toute autorité délivrant les permis des détails sur l'état de mon permis et sur toute procédure disciplinaire à mon encontre pour une infraction à une loi, à une règle ou à un règlement municipal portant sur les permis ainsi que sur toute enquête en instance dont je pourrai faire l'objet aux termes de tels lois, règles et règlements. J'autorise également l'autorité délivrant les permis à effectuer une vérification de mon casier judiciaire et à obtenir de tout organisme d'application de la loi des détails relatifs aux condamnations visant les infractions criminelles à mon égard ou aux accusations en instance qui portent contre moi en vertu de lois fédérales et provinciales. J'autorise également tout organisme d'application de la loi à communiquer à toute autorité délivrant les permis les détails relatifs aux condamnations et aux accusations en instance. Ce formulaire constitue la seule autorisation et permission de divulguer de tels renseignements. Je consens également à ce que l'autorité délivrant les permis obtienne des renseignements à mon sujet d'une agence d'évaluation du crédit ou de toute autre source d'information sur le crédit, tel qu'il est permis par les lois des administrations au Canada ou à l'étranger. J'autorise également l'autorité délivrant les permis à communiquer ces renseignements à une compagnie d'assurance parrain, à d'autres autorités délivrant des permis, à des organismes de réglementation ou à des organismes d'application de la loi.			
Signature de l'auteur de la demande			Date A A A A M M J J

9. Permis demandé et qualifications

Je présente une demande de permis comme suit :

Le demandeur doit cocher une seule des cases ci-dessous

NOUVEAU : 1. Permis d'agent d'assurances I.A.R.D.

2. Permis de courtier d'assurances I.A.R.D.

10. Détenez-vous un ou plusieurs permis d'agent ou de courtier d'assurances I.A.R.D. dans la province ou le territoire de votre résidence ?

Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez en indiquer le numéro _____

Note : Veuillez fournir un contrat d'agence s'il est exigé par l'autorité compétente à laquelle vous présentez votre demande. (Voir l'annexe A pour plus de détails)

11. Qualifications des candidats faisant une nouvelle demande de permis : J'ai les qualifications requises par la province ou le territoire où je présente ma demande, tel qu'il est indiqué dans la case ci-dessous. (Voir l'annexe A pour trouver le code pertinent)

Code de cours

12. Antécédents professionnels des cinq dernières années (indiquer le mois, l'année et les périodes de chômage)

Nom de l'employeur	Date		Titre du poste	Raison du départ
	De (aa/mm)	À (aa/mm)		

Actions disciplinaires, faillites, jugements et instances civiles

13. Vous a-t-on **déjà** refusé, révoqué, suspendu ou annulé un permis ou l'agrément pour traiter avec le public ou vous a-t-on imposé des restrictions ou des conditions ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

14. Exercez-vous une autre profession ou un autre emploi en plus d'être un agent d'assurance ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

15. Vous a-t-on **déjà** poursuivi avec succès ou a-t-on **déjà** porté plainte contre vous, auprès d'un organisme de réglementation d'une province, d'un territoire, d'un État ou d'un pays, une plainte entièrement ou partiellement liée à une fraude, un vol, une supercherie, de fausses représentations, une contrefaçon ou autre geste similaire, ou encore à une négligence ou inconduite professionnelle ? (Cette question vise également les indemnités versées par votre assureur ou votre caution en matière de responsabilité civile professionnelle.)

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

16. Avez-vous **déjà** fait l'objet d'une mesure disciplinaire ou faites-vous à l'heure actuelle l'objet d'une enquête par un organisme de réglementation à l'intérieur ou à l'extérieur de cette province ou de ce territoire ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

17. Avez-vous **déjà** dû déclarer faillite ou fait volontairement cession de vos biens en vertu de la loi sur les faillites ? Êtes-vous présentement un failli non libéré ?

Non

Oui

Si vous répondez par l'affirmative, veuillez indiquer le nom et l'adresse du syndic, l'endroit où est enregistrée votre déclaration et annexer une copie de celle-ci ou de l'ordonnance de mise sous séquestre et de votre bilan, ainsi qu'une explication des circonstances qui ont mené à la faillite.

18. Avez-vous **déjà** été l'actionnaire dominant ou compté parmi les dirigeants ou les administrateurs d'une société en nom collectif ou d'une personne morale qui a dû déclarer faillite ou fait volontairement cession de ses biens en vertu de la loi sur les faillites ou encore est un failli non libéré ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication, tel qu'il est demandé à la question 17

19. Êtes-vous actuellement une partie défenderesse à une instance civile ou un jugement non exécuté a-t-il été rendu par un tribunal civil, au Canada ou à l'étranger, contre vous personnellement ou contre une société dans laquelle vous détenez au moins dix pour cent des intérêts ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication.

20. Avez-vous **déjà** fait une demande de cautionnement, d'assurance détournement et vol ou d'assurance responsabilité civile professionnelle qui vous a été refusée ou vous a-t-on révoqué un cautionnement ou une assurance détournement et vol ou vous a-t-on annulé une assurance responsabilité civile professionnelle ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

21. Avez-vous **déjà** été jugé coupable ou avez-vous été accusé d'un délit en vertu d'une loi d'une province, d'un territoire, d'un État ou d'un pays, ou êtes-vous présentement accusé d'un délit de ce genre ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

22. Une société en nom collectif ou une personne morale a-t-elle **déjà** plaidé ou été jugée coupable d'un délit au moment où vous comptiez parmi ses associés, dirigeants, administrateurs ou actionnaires ou fait-elle présentement l'objet d'une accusation ou d'une mise en accusation pour un délit de ce genre en vertu d'une loi d'une province, d'un État ou d'un pays pour toute contravention, infraction ou autre conduite liées au domaine des assurances, à la vente de polices d'assurance ou à toute autre activité relative à l'assurance ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

23. Avez-vous **déjà** été congédié par votre employeur ou vu une relation ou une association d'affaires avec un organisme bénévole se terminer parce que vous aviez divulgué des renseignements confidentiels ou pour les raisons suivantes : abus de confiance, fraude, détournement de fonds, vol, contrefaçon, harcèlement sexuel ou voies de fait ?

Non

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une explication

24. **Assurance responsabilité civile professionnelle** (voir l'annexe A pour la liste des exigences en fonction de la province ou du territoire)

Je maintiendrai en vigueur l'assurance responsabilité civile professionnelle si elle est exigée par l'autorité compétente à laquelle je présentement demande.

S'il s'agit d'une assurance collective, indiquez-en le nom :

Nom de l'assureur de l'assurance responsabilité civile professionnelle :

Numéro de police ou de certificat de l'assurance responsabilité civile professionnelle :

_____ Date d'échéance : _____

25. Déclaration et attestation

- J'accepte qu'en apposant ma signature sur cette demande, j'assume la responsabilité des réponses et des engagements figurant dans la présente.
- Je comprends les lois régissant le permis pour lequel je présente une demande à l'autorité compétente de la province ou du territoire dans lequel je fais ma demande et je m'engage à m'y conformer.
- J'accepte de conserver en vigueur l'assurance responsabilité civile professionnelle requise par cette autorité compétente aussi longtemps que je détiendrai mon permis.

Signature de l'auteur de la demande

Date

A A A A

M M

J J

Attestation de la compagnie d'assurance qui parraine l'agent : Avis de nomination d'un agent par la compagnie d'assurance qui parraine l'agent

Note : Si vous faites une demande de permis d'agent d'assurances I.A.R.D., la compagnie qui vous parraine doit remplir cette section de votre demande.

Veillez écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du l'auteur de la demande

est par la présente parrainé et autorisé par écrit à agir à titre d'agent de

Nom de la compagnie :

La compagnie qui parraine l'agent a examiné le dossier de l'auteur de la demande et confirme les renseignements suivants :

- L'agent d'assurances I.A.R.D. est de bonnes mœurs et a bonne réputation;
- L'agent d'assurances I.A.R.D. possède la formation qui lui permettra de s'acquitter de ses tâches d'agent auprès de la compagnie;
- L'agent d'assurances I.A.R.D. satisfait à tous les critères et il est apte à recevoir un permis;
- Si l'auteur de la demande réside dans une province ou un territoire qui relève d'une autre autorité compétente que celle à laquelle il présente sa demande, la compagnie d'assurance qui le parraine a vu son contrat d'agent et en enverra une copie à l'autorité délivrant les permis;
- La compagnie d'assurance qui parraine l'agent a établi un système qu'il maintient visant à assurer que chaque agent se conforme aux exigences légales de l'autorité compétente qui lui a délivré un permis.

L'AUTEUR DE LA DEMANDE N'AGIRA PAS À TITRE D'AGENT AVANT LA DÉLIVRANCE DU PERMIS.

Si la compagnie d'assurance ou la société en nom collectif qui parraine l'agent met fin au parrainage, elle doit fournir à l'autorité délivrant les permis un avis par écrit qui indiquera les motifs pour lesquels elle met fin au parrainage, dans les délais prévus par les lois, les règles et les règlements de la province ou du territoire dans lesquels l'agent détient un permis. (Voir l'annexe A pour la liste des exigences en fonction de la province ou du territoire.)

La compagnie qui parraine l'agent affirme avoir examiné le formulaire de demande dûment rempli.

Nom et adresse de la compagnie qui parraine l'agent (remplir toutes les cases)

Signataire autorisé
Print Name

Signature

Titre

Numéro de téléphone
()

Adresse électronique

Date

A A A A

M M

J J

**La province
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

1. Nom de l'agence ou de la corporation _____

2. Nom de l'institution financière du compte en fiducie _____

3. Adresse de l'institution financière du compte en fiducie _____

La province DE L'ONTARIO

1. Je connais la loi de l'Ontario en matière de délivrance des permis d'agent d'assurances et je m'engage à me conformer aux lois et aux règlements en vigueur à cet égard.
2. La présente demande n'a pas pour objectif explicite de me permettre d'agir à titre d'agent d'assurances I.A.R.D. à l'égard d'un ou de plusieurs risques particuliers, ni simplement d'obtenir la commission d'agent à l'égard de la souscription d'une assurance sur mes biens ou ceux de ma famille, de mon employeur ou de mes collègues
3. Je ne me présenterai au public et n'exercerai mes activités d'agent d'assurance en toute bonne foi que sous le nom qui apparaît sur mon permis.
4. J'ai légalement le droit de travailler au Canada.
5. En ma qualité d'agent titulaire d'un permis, je ne me livrerai à aucune occupation ni à aucune activité commerciale qui compromettraient mon intégrité, mon indépendance ou ma compétence.
6. Si l'adresse du domicile ou l'adresse d'affaires indiquée sur la demande est une boîte postale qui ne permet pas la signification d'un pli par courrier recommandé en Ontario, veuillez fournir une adresse appropriée à la signification d'un pli recommandé.

Address

Number and Street, Suite., etc.

Ville

Province

ONTARIO

Code postal

Je soussigné(e) déclare que les renseignements fournis sont exacts et que toutes les déclarations faites dans cette demande sont véridiques et complètes.

Signature de l'auteur de la demande

Date

A A A A

M M

J J

La province DU QUÉBEC

1. Vous devez choisir votre certificat de représentant selon la catégorie de discipline dans laquelle vous désirez exercer vos activités de représentant. Cochez uniquement la catégorie de discipline dans laquelle vous désirez exercer.

Exercice dans la catégorie de discipline seulement.

- Assurance de dommages des particuliers Assurance de dommages des entreprises

2. Choix du mode d'exercice

Le choix de votre mode d'exercice est une étape cruciale. De fait, vous devez nous confirmer de quelle façon vous exercerez vos activités. C'est le certificat de représentant en plus du mode d'exercice qui valident le droit de pratique accordé par l'Autorité. Choisissez un seul mode d'exercice parmi A, B et C.

a). Représentant autonome

Si vous désirez exercer vos activités à titre de représentant autonome, vous devez compléter le formulaire *Demande d'inscription – Représentant autonome* disponible sur notre site Web (www.lautorite.qc.ca) et le joindre à votre demande de certificat.

J'exercerai mes activités en tant que :

- représentant autonome

Autre nom utilisé au Québec, s'il y a lieu

b). Représentant rattaché à un ou plusieurs cabinets

Cette déclaration doit être remplie par le dirigeant responsable de chaque cabinet auquel vous désirez être rattaché. Si vous vous rattachez à plus d'un cabinet, veuillez joindre une photocopie de cette section à votre demande.

Nous attestons par la présente déclaration que _____ sera rattaché
Nom du demandeur

- en tant qu'employé OU sans y être employé

à notre cabinet pour l'exercice de ses activités dans la discipline ou la catégorie de discipline suivante :

- | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assurance de dommages (particuliers et entreprises) | <input type="checkbox"/> Agent | <input type="checkbox"/> Courtier |
| <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des particuliers | <input type="checkbox"/> Agent | <input type="checkbox"/> Courtier |
| <input type="checkbox"/> Assurance de dommages des entreprises | <input type="checkbox"/> Agent | <input type="checkbox"/> Courtier |

Nom du dirigeant responsable
ou du signataire autorisé

Nom du cabinet

N° d'inscription

Signature of the officer responsible
or the authorized signatory

Date : ____ / ____ / ____
day month year

c). Representative affiliated with an independent partnership

Cette déclaration doit être remplie par l'associé responsable de la société autonome à laquelle vous désirez être rattaché.

Nous attestons par la présente déclaration que _____ sera rattaché

en tant qu'employé OU en tant qu'associé

Nom du demandeur

à notre société pour l'exercice de ses activités dans la discipline ou la catégorie de discipline suivante :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance de personnes | <input type="checkbox"/> Assurance contre les accidents et la maladie |
| <input type="checkbox"/> Assurance collective de personnes | <input type="checkbox"/> Régimes d'assurance collective |
| | <input type="checkbox"/> Régimes de rentes collectives |

Nom du dirigeant responsable
ou du signataire autorisé

Nom du cabinet

N° d'inscription

Signature du dirigeant responsable
ou du signataire autorisé

Date: ____ / ____ / ____
 jour mois année

3. Êtes-vous pourvu d'un curateur ?

4. Êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes, les dépens et les intérêts imposés :

a) par l'un ou l'autre des comités de discipline des organismes suivants :

Oui Non

- le Conseil des assurances de personnes,
- l'Association des courtiers d'assurances de la province de Québec,
- l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec
- le Conseil des assurance de dommages
- la Chambre de la sécurité financière
- la Chambre de l'assurance de dommages
- l'Association des courtiers et agents immobiliers du Québec

b) le comité de discipline d'une association professionnelle ou d'un ordre professionnel

Oui Non

c) par la Commission des valeurs mobilières du Québec

Oui Non

d) par la Cour du Québec siégeant en appel d'une décision de l'un des comités mentionnés ci-dessus

Oui Non

5. Devez-vous des sommes d'argent, autres que votre cotisation annuelle, à un fonds d'indemnisation créé en vertu de la *Loi sur les intermédiaires de marché* ou au Fonds d'indemnisation des services financiers ?

Oui Non

6. Êtes-vous sous le coup d'une suspension imposée par le Conseil des assurances de personnes, le Conseil des assurances de dommages ou par l'un ou l'autre des comités de discipline des organismes suivants :

- le Conseil des assurances de personnes,
- l'Association des courtiers d'assurances de la province de Québec
- l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec
- le Conseil des assurances de dommages

Oui Non

b) Êtes-vous sous le coup d'une exécution prononcée :

• par l'un ou l'autre des comités de discipline des organismes suivants :

- le Conseil des assurances de personnes,
- l'Association des courtiers d'assurances de la province de Québec
- l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec
- le Conseil des assurances de dommages
- l'Association des courtiers et agents immobiliers du Québec

• le Commission des valeurs mobilières du Québec

C. Stage en assurance collective

Déclaration du maître de stage

Je déclare que le stagiaire _____ a effectué et complété sous ma supervision, de
Nom et prénom du stagiaire

façon continue, un stage pour la catégorie de discipline d'assurance collective.

Stage en assurance collective.

Du : _____ Au : _____
jour/mois/année jour/mois/année

Oui Non

Stage terminé de façon satisfaisante
Nom et prénom du maître de stage

N° de certificat

Signature du maître de stage

D. Stage en régimes de rentes collectives

Déclaration du maître de stage

Je déclare que le stagiaire _____ a effectué et complété sous ma supervision, de
Nom et prénom du stagiaire

façon continue, un stage pour la catégorie de discipline de régimes de rentes collectives.

Stage en régimes de rentes collectives.

Du : _____ Au : _____
jour/mois/année jour/mois/année

Oui Non

Stage terminé de façon satisfaisante
Nom et prénom du maître de stage

N° de certificat

Signature du maître de stage

E. Signature du commissaire à l'assermentation

Déclaré solennellement devant moi

à _____ ce _____ jour de _____
Mois Année

Signature du commissaire à l'assermentation

N° de commission