

Important

Ce formulaire doit être complété par l'assureur pour aviser l'Autorité des marchés financiers des réclamations faites dans le cadre de l'assurance de responsabilité professionnelle. **Veillez compléter un formulaire par réclamation.**

Dans le cas d'absence de telles réclamations, l'assureur doit compléter une déclaration solennelle.

Cette obligation est prévue à l'article 17 du *Règlement sur l'exercice des activités des représentants* (R.R.Q., c. D-9.2, r. 10.) et à l'article 29 du *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome* (R.R.Q., c. D-9.2, r. 2.).

PARTIE 1 – IDENTIFICATION

Nom de l'assuré			
Nom de l'assureur			
Responsable de la réclamation			
N° de police		N° de contrat cadre (s'il y a lieu)	
N° de réclamation		Date de la réclamation :	____ / ____ / ____ Année mois jour
Montant de la réclamation :			
Raison de la réclamation :			

PARTIE 2 – DÉCLARATION

J'atteste que l'information contenu dans ce document est exacte et complète.

PARTIE 3 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

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

M. <input type="checkbox"/>	Prénoms	Nom	Date	____ / ____ / ____ année mois jour
M ^{me} <input type="checkbox"/>				
Signature				

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

Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel 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