



Demande d'enquête

À l'endroit d'un **membre** de la Chambre de la sécurité financière

Ce formulaire est adressé à la Direction de la déontologie et de l'éthique professionnelle de la Chambre de la sécurité financière pour l'informer qu'un membre de la Chambre a pu commettre une infraction à la Loi sur la distribution de produits et services financiers (L.R.Q., c. D-9.2), à la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1) ou à leurs règlements, et pour demander qu'une enquête soit menée à cet égard.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone au domicile (____) ____ - _____ Téléphone au travail (____) ____ - _____

Téléphone cellulaire (____) ____ - _____ Courriel _____

Si vous êtes un représentant, veuillez fournir les renseignements suivants :

N° de certificat _____ N° BDNI _____

IDENTIFICATION DU CODEMANDEUR D'ENQUÊTE (S'IL Y A LIEU)

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone au domicile (____) ____ - _____ Téléphone au travail (____) ____ - _____

Téléphone cellulaire (____) ____ - _____ Courriel _____

Si vous êtes un représentant, veuillez fournir les renseignements suivants :

N° de certificat _____ N° BDNI _____

Retournez le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

Chambre de la sécurité financière
Direction de la déontologie et de l'éthique professionnelle
300, rue Léo-Pariseau, 26^e étage, Montréal (Québec) H2X 4B8
Téléphone : 514 282-5777 ou sans frais 1 800 361-9989
Télécopieur : 514 282-2225



DEMANDE D'ENQUÊTE

À l'endroit d'un **membre** de la Chambre de la sécurité financière

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL VISÉ PAR LA DEMANDE D'ENQUÊTE

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Institution financière, le cas échéant _____

Adresse professionnelle _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone au bureau (____) ____ - _____ Téléphone cellulaire (____) ____ - _____

Si vous détenez les renseignements suivants, veuillez les fournir :

N° de certificat du membre _____ N° BDNI du membre _____

AUTRE PERSONNE IMPLIQUÉE OU TÉMOIN

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone au domicile (____) ____ - _____ Téléphone au travail (____) ____ - _____

Téléphone cellulaire (____) ____ - _____ Courriel _____

Lien avec le demandeur ou le représentant : _____

S'il s'agit d'un représentant, veuillez fournir les renseignements suivants :

N° de certificat _____ N° BDNI _____

* Si d'autres personnes sont impliquées ou ont été témoins des faits, veuillez joindre leurs coordonnées.

OBJET DE LA DEMANDE D'ENQUÊTE

Énoncez en quelques mots l'objet de votre demande d'enquête. Indiquez notamment la date des faits reprochés, l'endroit où a eu lieu l'événement, le préjudice causé, la description des événements et les motifs qui vous laissent croire qu'il y a eu une infraction. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Afin d'accélérer le processus d'enquête, veuillez fournir une copie de tous les documents qui supportent votre demande d'enquête (contrats, propositions de police d'assurance, contrats de prêt, chèques, relevés de placement, relevés bancaires, etc.). Assurez-vous de conserver l'original de ces documents.

IDENTIFICATION DES PRODUITS FINANCIERS CONCERNÉS

Institution financière émettrice _____

Type de produit REER Fonds distincts Assurance-vie
 REEE Fonds communs (fonds mutuels) Assurance collective
 Prêt levier Planification financière Autre _____

N° du contrat _____

Date d'émission _____

Propriétaire du contrat (si autre que le demandeur d'enquête) _____

Dans le cas d'un préavis de remplacement d'un contrat d'assurance incomplet ou erroné ou d'un remplacement qui n'est pas dans l'intérêt du client, veuillez remplir l'annexe qui suit.

ANNEXE

À remplir dans le cas d'un préavis de remplacement d'un contrat d'assurance incomplet, erroné ou qui n'est pas dans l'intérêt du client.

INFORMATION SUR LE OU LES CONTRATS VISÉS

Premier contrat remplacé

Nom de l'assuré _____

Date de naissance _____

Assureur ou compagnie d'assurance _____

Numéro de police ou de la proposition _____

Date d'émission de la proposition _____

Année - Mois - Jour

Genre de contrat Perm. Temp. Univ.

Montant de la protection _____ \$

Prime actuelle _____ \$

Prime garantie Oui Non

Autres garanties _____

Contrat proposé

Année - Mois - Jour

Perm. Temp. Univ.

_____ \$

_____ \$

Oui Non

En quoi le préavis de remplacement est-il incomplet, erroné ou non dans l'intérêt du client?

Deuxième contrat remplacé

Nom de l'assuré _____

Date de naissance _____

Assureur ou compagnie d'assurance _____

Numéro de police ou de la proposition _____

Date d'émission de la proposition _____

Année - Mois - Jour

Genre de contrat Perm. Temp. Univ.

Montant de la protection _____ \$

Prime actuelle _____ \$

Prime garantie Oui Non

Autres garanties _____

Contrat proposé

Année - Mois - Jour

Perm. Temp. Univ.

_____ \$

_____ \$

Oui Non

En quoi le préavis de remplacement est-il incomplet, erroné ou non dans l'intérêt du client?

QUELLES SONT LES DÉMARCHES AMORCÉES POUR RÉSOUDRE VOTRE PROBLÈME?

Avez-vous communiqué avec le représentant? Oui Non

Avez-vous communiqué avec l'institution financière ou la compagnie concernée? Oui Non

Avez-vous communiqué avec l'Autorité des marchés financiers? Oui Non

Avez-vous entamé des démarches auprès du Fonds d'indemnisation des services financiers? Oui Non

Avez-vous intenté des procédures judiciaires contre le professionnel visé par votre demande d'enquête? Oui Non

Un autre représentant vous a-t-il suggéré de formuler cette demande d'enquête? Oui Non

Si oui, indiquez le nom : _____

adresse : _____

Décrivez vos démarches :

CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Je soussigné(e), _____, autorise le syndic de la Chambre de la sécurité financière et son personnel à recueillir, détenir, utiliser et communiquer tous les renseignements personnels me concernant qu'il juge nécessaires au traitement de la présente demande d'enquête ainsi qu'à toute opération connexe visant la répression d'infractions déontologiques ou la réclamation d'indemnisation, et ce, pendant toute la durée de l'enquête du syndic.

De ce fait, j'autorise quiconque détenant des renseignements personnels à mon sujet à les communiquer au syndic de la Chambre de la sécurité financière et son personnel aux fins de traitement de la présente demande d'enquête.

Je décerne ce consentement spécifique au syndic de la Chambre de la sécurité financière et son personnel librement et de façon éclairée, étant pleinement conscient(e) des implications de celui-ci. Je reconnais que le présent consentement est valide pour toute la durée du traitement de la présente demande d'enquête et toutes démarches subséquentes.

Une photocopie de ce consentement a la même valeur que l'original.

En foi de quoi, j'ai signé _____, le _____ à _____
(Demandeur) (Date) (Lieu)

En foi de quoi, j'ai signé _____, le _____ à _____
(Codemandeur) (Date) (Lieu)

SIGNATURE DU DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Je soussigné(e), atteste que les renseignements que renferme la présente demande d'enquête sont complets et véridiques. Je m'engage à offrir aux enquêteurs du syndic de la Chambre de la sécurité financière toute ma collaboration en fournissant, s'il y a lieu, des renseignements ou des documents supplémentaires lorsqu'ils seront requis.

(Date)

(Signature du demandeur)

(Date)

(Signature du codemandeur)