

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), la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1) et leurs règlements, et pour demander qu'une enquête soit menée à cet égard.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone domicile (_____) _____ - _____ Téléphone bureau (_____) _____ - _____

Téléphone cellulaire (_____) _____ - _____ Courriel _____

Si vous êtes un représentant, veuillez fournir les renseignements suivants

N° de certificat _____ N° BDNI _____

Retournez le formulaire dûment rempli 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 Internet : www.chambresf.com

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 bureau (_____) _____ - _____ Téléphone cellulaire (_____) _____ - _____

Si vous détenez les renseignements suivants, veuillez les fournir

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

AUTRE(S) PERSONNE(S) IMPLIQUÉE(S) / TÉMOIN(S)

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone domicile (_____) _____ - _____ Téléphone bureau (_____) _____ - _____

Téléphone cellulaire (_____) _____ - _____ Courriel _____

Quel est le lien avec le demandeur ou le représentant ? _____

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

N° de certificat _____ N° BDNI _____

AUTRE(S) PERSONNE(S) IMPLIQUÉE(S) / TÉMOIN(S)

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone domicile (_____) _____ - _____ Téléphone bureau (_____) _____ - _____

Téléphone cellulaire (_____) _____ - _____ Courriel _____

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 en annexe.

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.

IDENTIFICATION DES PRODUITS FINANCIERS CONCERNÉS

	Produit financier 1	Produit financier 2
Institution financière émettrice	_____	_____
Type de produit	_____	_____
Numéro du contrat	_____	_____
Date d'émission	_____	_____
Propriétaire du contrat (si autre que le demandeur d'enquête)	_____	_____

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 d'autres instances, organismes ou avec la police ? Oui Non
- Un autre représentant vous a-t-il suggéré de formuler une demande d'enquête ? Oui Non

Si oui, Nom _____

Adresse _____

Décrivez vos démarches

CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je soussigné(e) _____, autorise le syndic de la Chambre et son personnel à recueillir, détenir, utiliser et communiquer tous les renseignements personnels me concernant qu'il juge nécessaire 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.

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

Je décerne ce consentement spécifique au syndic de la Chambre 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 _____
(Date) (Lieu)

SIGNATURE DU DEMANDEUR

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

Date

Signature

ANNEXE

À remplir dans le cas d'une demande d'enquête sur un remplacement non conforme de contrat d'assurance

INFORMATION SUR LE(S) CONTRAT(S) VISÉ(S)

Premier contrat remplacé

Nom de l'assuré _____

Date de naissance _____

Assureur/compagnie d'assurance _____

Numéro de police ou de la proposition _____

Date d'émission, de proposition _____

Année / Mois / Jour

Genre de contrat Perm. Temp. Univ.

Montant de la protection _____ \$

Prime actuelle _____ \$

Prime garantie Oui Non

Autres garanties _____

Remarque _____

Contrat proposé

Année / Mois / Jour

Perm. Temp. Univ.

_____ \$

_____ \$

Oui Non

Deuxième contrat remplacé

Nom de l'assuré _____

Date de naissance _____

Assureur/compagnie d'assurance _____

Numéro de police ou de la proposition _____

Date d'émission, de proposition _____

Année / Mois / Jour

Genre de contrat Perm. Temp. Univ.

Montant de la protection _____ \$

Prime actuelle _____ \$

Prime garantie Oui Non

Autres garanties _____

Remarque _____

Contrat proposé

Année / Mois / Jour

Perm. Temp. Univ.

_____ \$

_____ \$

Oui Non
