Chambre de l'assurance

Sans frais exigibles

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNITÉS DE FORMATION CONTINUE (« UFC »)

ENTENTE PANCANADIENNE

Pour les représentants en assurance de personnes ou en assurance collective qui résident hors Québec, certaines activités de formation complétées dans leur province peuvent être reconnues par la Chambre de l'assurance (« CDLA »). À cette fin, ils doivent remplir le présent formulaire. Il est à noter qu'ils doivent en tout temps respecter les exigences des *Règles sur la formation continue obligatoire des représentants en assurance de personnes et des représentants en assurance collective de personnes*. **Seul le nombre d'UFC manquant par matière, selon leur dossier UFC, leur sera accordé**.

En complément du formulaire, les documents suivants doivent obligatoirement être fournis :

☐	**Une preuve de votre permis :**	confirmant le droit de pratique dans la province de résidence
☐	**Une preuve de vos attestations de présence :**	pour toutes les formations faisant l'objet d'une demande d'UFC dans le cadre de cette entente. Le nombre total d'heures requis pour compléter la formation doit également être indiqué clairement dans l'attestation ou confirmé par le fournisseur de formation.
☐	**Contenu détaillé des formations :**	plan de cours, présentation PowerPoint ou tout autre document existant détaillant le contenu fourni par le fournisseur de formation, incluant la durée de chacun des sujets traités ou un hyperlien vers un contenu détaillé diffusé par celui-ci.

Toute demande incomplète ou mal remplie ne sera pas traitée et vous sera retournée.

SECTION A : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

Nom de famille : _____ Prénom : _____

N° certificat AMF : _____

Tél. / Cell. : _____ Courriel : _____

DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT

Je déclare avoir validé auprès des fournisseurs des formations que celles-ci n'ont pas déjà été reconnues par la CDLA. Je confirme également que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et les documents en annexe sont véridiques.

_____ _____

Signature du représentant Date

Sinon

☐ Je comprends que cocher cette case constitue une signature ayant force légale.

Chambre de l'assurance

SECTION B : INFORMATION SUR LE CONTENU DES FORMATIONS SOUMISES

DIRECTIVES :

- Pour chaque formation soumise, **remplir chacune des colonnes du tableau ci-dessous.**
- Si vous avez plus de cinq (5) formations, veuillez remplir un autre formulaire.

1.

Titre de la formation	Date complétée	Nombre d'UFC demandées	Matière (liste de choix)	Réservée CDLA (UFC accordées)
Résumé du contenu				

2.

Titre de la formation	Date complétée	Nombre d'UFC demandées	Matière (liste de choix)	Réservée CDLA (UFC accordées)
Résumé du contenu				

Toute demande incomplète ou mal remplie ne sera pas traitée et vous sera retournée.

SAUVEGARDER

Faire parvenir ce formulaire rempli et les documents exigés à : info@chambreassurance.ca

Chambre de l'assurance

3.

Titre de la formation	Date complétée	Nombre d'UFC demandées	Matière (liste de choix)	Réservée CDLA (UFC accordées)

Résumé du contenu

4.

Titre de la formation	Date complétée	Nombre d'UFC demandées	Matière (liste de choix)	Réservée CDLA (UFC accordées)

Résumé du contenu

5.

Titre de la formation	Date complétée	Nombre d'UFC demandées	Matière (liste de choix)	Réservée CDLA (UFC accordées)

Résumé du contenu

Toute demande incomplète ou mal remplie ne sera pas traitée et vous sera retournée.

SAUVEGARDER

Faire parvenir ce formulaire rempli et les documents exigés à : info@chambreassurance.ca

Chambre de l'assurance

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DE LA CDLA

*** NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE DU FORMULAIRE ***

FICHE D'ANALYSE

Date de réception de la demande complète :	

Commentaire d'analyse :

Traitement de la demande :	
Initiales :	
Analyste à la reconnaissance :	
Agent à l'information :	