

## Demande de renonciation au permis d'agent d'assurances

Approuvé par le surintendant des services financiers conformément à la *Loi sur les assurances*

### Instructions

Ce formulaire doit être rempli par un agent d'assurances qui souhaite demander la permission au surintendant des services financiers (le « surintendant ») de renoncer à son permis, conformément à la *Loi sur les assurances* (la « Loi »), paragraphe 392.7 (1) et (2).

Le formulaire dûment rempli et signé doit être transmis à la l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (l'ARSF) par la poste à Direction des permis, 25, avenue Sheppard Ouest, Bureau 100, Toronto (Ontario) M2N 6S6, par télécopieur au 416 226-7838 ou peut être numérisé et transmis par courrier électronique à l'adresse [contactcentre@fsrao.ca](mailto:contactcentre@fsrao.ca).

La ARSF examinera le formulaire, communiquera avec vous si elle a besoin de précisions ou de plus amples renseignements ou fera parvenir le formulaire au surintendant aux fins d'approbation. Si le surintendant approuve la demande de renonciation au permis, vous recevrez une confirmation par courriel.

Veuillez noter que votre permis est valide et demeure en vigueur tant que la ARSF n'a pas reçu le formulaire Renonciation au permis d'agent d'assurances dûment rempli et signé et que le surintendant n'a pas approuvé la renonciation au permis. D'ici à ce que le surintendant approuve votre demande de renonciation, vous êtes toujours tenu de vous conformer à toutes les exigences de la *Loi sur les assurances* et de ses règlements, y compris, pour le titulaire d'un permis d'agent d'assurance, l'exigence de souscrire une assurance-responsabilité civile professionnelle conformément à l'article 13 du Règlement 347/04 de la Loi.

|                                                                                                |                                                                             |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Relativement à mon permis d'agent :                                                            |                                                                             |                                               |
| <input type="radio"/> d'assurance-vie                                                          | <input type="radio"/> d'assurance contre les accidents et maladie seulement | <input type="radio"/> d'assurance de dommages |
| Nom d'agent                                                                                    |                                                                             | Prenom d'agent                                |
| Numéro du permis d'agent d'assurances pour une personne morale ou une société en nom collectif |                                                                             | Date d'expiration (aaaa/mm/jj)                |
| Numéro du permis d'agent                                                                       |                                                                             | Date d'expiration (aaaa/mm/jj)                |

### Adresse postale

|                     |                       |               |             |
|---------------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Numéro de local     | Numéro de la rue      | Nom de la rue |             |
| Ville               |                       | Province      | Code postal |
| Numéro de téléphone | Numéro de télécopieur | Courriel      |             |

### Je déclare que :

1. Je renonce à mon permis d'agent d'assurances pour la ou les raison(s) suivante(s) :  
(Sélectionnez toutes les raisons applicables.)

- ☐ Je n'ai exercé aucune activité dans le domaine des assurances.
- ☐ Je me suis retiré du domaine des assurances. Date d'expiration (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_
- ☐ Je n'ai pas besoin d'un permis, car je n'exercerai à l'avenir aucune activité dans le domaine des assurances.
- ☐ Autre Veuillez préciser \_\_\_\_\_

2. À moins d'une demande formulée par un client, je n'ai conservé les renseignements personnels d'aucun de mes clients et je n'utiliserai ces renseignements à aucune fin ni ne les divulguerai à personne ni à aucune institution que ce soit, sauf si la Loi l'exige.
3. À l'exception des imprimés actuellement en circulation, je retirerai ou détruirai, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'acceptation de ma renonciation, tous les documents de relations publiques qui me désignent comme agent d'assurances.
4. Les documents de relations publiques actuellement disponibles ont été mis en circulation en conformité avec la Loi et ses règlements au moment où ils ont été créés et distribués, et ils ne contiennent aucun renseignement erroné, trompeur ou mensonger.
5. Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête de la ARSF ou de tout autre organisme de réglementation?
- ☐ Oui    ☐ Non
- Si oui, veuillez préciser \_\_\_\_\_
6. Je n'ai commis aucun acte ni aucune omission qui pourraient être considérés comme des actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers aux termes du Règlement 7/00 de la Loi, à l'exception de ce qui suit :
7. Vous reste-t-il des droits, frais, avis d'intention ou pénalités à payer en vertu de la Loi?
- ☐ Oui    ☐ Non
- Si oui, veuillez préciser \_\_\_\_\_
8. Veuillez ajouter tout renseignement pouvant être utile à l'examen de cette demande de renonciation à votre permis.
9. S'applique aux agents et aux personnes morales et sociétés en nom collectif d'assurance-vie seulement
- a. La date d'échéance de ma police d'assurance-responsabilité civile professionnelle la plus récente est (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_
- b. La date à laquelle la dernière activité a été effectuée était (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_
10. S'applique aux agents et aux personnes morales et sociétés en nom collectif d'assurance de dommages et d'assurance contre les accidents et maladie seulement
- a. La date à laquelle la dernière activité a été effectuée était (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_
11. S'applique aux agents et aux personnes morales et sociétés en nom collectif d'assurance de dommages et d'assurance contre les accidents et maladie seulement
- Je comprends que je dispose de deux (2) ans à partir de la date d'approbation de la demande de renonciation au permis pour présenter une nouvelle demande de permis sans devoir me soumettre aux exigences d'autorisation.

**Déclaration**

Je désire remettre le permis susmentionné au surintendant, déclare ce qui suit à l'appui de ma demande de renonciation à mon permis et atteste que les renseignements dans la présente déclaration sont véridiques, exacts et complets.

Je comprends également que le fait de fournir des renseignements faux, trompeurs ou incomplets dans la présente Déclaration et dans toute pièce jointe constitue une infraction en vertu de la Loi et peut entraîner une poursuite ou une sanction réglementaire.

Dénomination sociale au complet de l'agent/la personne morale/la société en nom collectif

|                |                                                                                                                             |                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Nom de l'agent | Signature                                                                                                                   | Date (aaaa/mm/jj) |
| Nom            | En vertu des pouvoirs délégués par le surintendant des services financiers, Commission des services financiers de l'Ontario | Date (aaaa/mm/jj) |