

NOM DU CLIENT : _____

CONSEILLER : _____

TITRE : _____

DÉCLARATION DE DIVULGATION DU CONSEILLER À L'INTENTION DU CLIENT

SOCIÉTÉ QUE JE REPRÉSENTE

Je peux offrir une gamme
exhaustive de produits et
services d'assurance offerts
par les compagnies suivantes :

Assomption Vie
Croix Bleue
BMO Assurance
Canada-Vie
Plan de protection du Canada
Desjardins Sécurité financière*
Edge Benefits
Empire Vie
Assurance vie Équitable du Canada
Financière Foresters
Humania Assurance Inc.
IA Excellence
ivari
L'Industrielle Alliance
La Capitale / Penncorp
Manuvie
RBC Assurance
Assurance Spécialité-Vie
SSQ
Financière Sun Life
UV Mutuelle

* sans objet pour le Québec

PERMIS, TERRITOIRE ET RELATION AVEC MON DISTRIBUTEUR

Je suis un conseiller détenteur d'un permis en assurance-vie / accident et assurance-maladie dans la ou les provinces suivantes :

Je suis également détenteur d'un permis dans les disciplines suivantes :

Pour les produits d'assurance, je traite mes activités en assurance par l'entremise du Groupe Financier Horizons (un agent général « MGA ») lequel me paiera, ou communiquera à la compagnie d'assurance de me payer, un boni sur les commissions gagnées sur la vente des produits d'assurance que je vends. Ce boni constitue une partie de la compensation totale que je reçois en lien avec les commissions mentionnées ci-dessous. Par ailleurs, en tant que conseiller, je conserve toute latitude pour faire affaire avec l'un ou l'autre des assureurs avec qui je transige et je ne suis soumis à aucune pression de la part du Groupe Financier Horizons pour favoriser l'un ou l'autre de ces assureurs.

RELATION AVEC D'AUTRES DISTRIBUTEURS

Je suis également un conseiller autorisé auprès des distributeurs suivants :

ou AUCUN (cocher la case)

FORMATION CONTINUE

Afin de conserver mon permis en assurance-vie/accident et assurance-maladie, je dois respecter des exigences de formation continue obligatoire. Par conséquent, pour m'y conformer, je participe à des formations, des colloques et réunions professionnelles de mon secteur d'activité.

COMPENSATION – MONÉTAIRE ET NON MONÉTAIRE

Si vous choisissez de souscrire un produit d'assurance, la compagnie qui offre le produit que vous avez acheté me paiera une commission de vente, laquelle est généralement basée sur un pourcentage du montant de la prime. Je pourrai recevoir également une commission de renouvellement (ou de service) si vous gardez en force cette police. Je pourrai aussi être admissible à une compensation supplémentaire, comme un boni, ou des avantages non pécuniaires, sous forme de voyages, colloques, se fondant sur divers facteurs tel que mon volume d'affaires que je place ou qui sont maintenues en vigueur avec une compagnie en particulier au cours d'une période déterminée. Si votre contrat n'est pas maintenu en vigueur et/ou est résilié à l'intérieur d'une certaine période, je pourrais être assujetti au remboursement total ou partiel de la commission gagnée.

LIENS AVEC LES SOCIÉTÉS QUE JE REPRÉSENTE

Aucune compagnie d'assurance ne détient une participation dans mes affaires et je ne détiens et ne contrôle aucune participation dans une compagnie d'assurance.

NOM DU CLIENT : _____

DÉCLARATION DE DIVULGATION DU CONSEILLER À L'INTENTION DU CLIENT suite**PRODUITS OFFERTS**

Je peux vous offrir une gamme exhaustive de produits et services d'assurance, notamment en assurance-vie, maladies graves, invalidité, soins de longue durée, fonds distincts, rentes, maladie et dentaire, rentes de placement garanti et régimes collectifs. Vous devez apposer vos initiales sur les produits pour lesquels vous aimeriez que je vous conseille. Nous **NE DISCUTERONS PAS** des produits pour lesquels vous avez coché « je refuse » et en conséquence, vous me dégagez de toute responsabilité en ce qui concerne ces produits.

PRODUIT/SERVICE	JE SUIS INTÉRESSÉ(E)	JE REFUSE
Vie		
Maladie grave		
Invalidité		
Soins longue durée		
Maladie et dentaire		

PRODUIT/SERVICE	JE SUIS INTÉRESSÉ(E)	JE REFUSE
Régimes collectifs		
Fonds distincts		
Rentes		
Rentes de placement garanti		

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je suis tenu de déclarer tout intérêt qui pourrait m'empêcher d'offrir des conseils impartiaux. Je vous aviserai sans délai si jamais je prends conscience d'un conflit d'intérêts en ce qui concerne mes services et les recommandations soumises.

_____ ou **AUCUN** (cocher la case)

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Je devrai, de temps en temps, recueillir des renseignements de nature financière ou autres en ce qui vous concerne. Ces renseignements comprennent des détails de transactions découlant de votre relation avec moi ou par mon entremise. Je peux obtenir ces renseignements d'une variété de sources, notamment les dossiers que je détiens vous concernant, de transactions que vous avez effectuées avec moi ou par mon entremise, d'agences d'évaluation de crédit et d'autres institutions financières ou références que vous m'avez fournies.

UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS

Par les présentes vous m'autorisez, ainsi que mon distributeur Groupe Financier Horizons, à recueillir et à conserver ces renseignements lorsque vous faites une demande de produit ou de service d'assurance pendant la durée de notre relation d'affaires et ce afin de respecter nos obligations légales et réglementaires.

À ces fins, nous devons partager vos renseignements avec des tiers, notamment les fournisseurs de services paramédicaux et/ou les assureurs auprès de qui vous faites une demande de produit ou de service d'assurance.

Vous avez le droit d'avoir accès aux renseignements que nous détenons à votre égard en tout temps afin d'en vérifier le contenu et l'exactitude, et de les faire corriger le cas échéant. Pour avoir accès à vos renseignements, poser des questions sur nos politiques de confidentialité ou demander que les renseignements ne soient pas partagés ni utilisés aux fins citées ci-dessus, vous pouvez nous en aviser maintenant ou communiquer avec nous à n'importe quel moment ultérieur.

Si vous n'êtes plus notre client ou si cette entente prend fin, nous pourrions conserver vos renseignements dans nos dossiers pendant aussi longtemps que requis aux fins citées ci-dessus ou comme requis par la loi.

AFFAIRES SUPPLÉMENTAIRES

Vous n'avez pas l'obligation de faire d'autres transactions ni de faire affaire avec moi comme condition de la présente transaction. Vos renseignements personnels ne seront pas partagés avec d'autres individus ou organisations sauf comme indiqué ci-dessus.

Signature du conseiller

Nom du conseiller

NOM DU CLIENT : _____

DÉCLARATION DE DIVULGATION DU CONSEILLER À L'INTENTION DU CLIENT suite**CONSENTEMENT EXPRÈS ANTIPOURRIEL**

J'autorise _____ à communiquer avec moi de temps en temps concernant
(entité ou entités)

[raison du contact (c'est-à-dire pour me transmettre de l'information sur les produits et services offerts)]

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez nous contacter au _____ ,
[numéro(s) de téléphone OU adresse(s) de courriel OU site(s) Internet]]

ou par la poste à _____ si vous avez la moindre question.
[adresse(s)]

Nom_____
Adresse de courriel**INFORMATIONS ADDITIONNELLES**

Si vous avez besoin de plus d'informations à propos de n'importe quel élément mentionné dans ce document, communiquez avec moi.

ATTESTATION

Je/Nous _____ , reconnais/reconnaissons par les présentes que :

- a) Ma/notre signature indique que j'ai/nous avons reçu une copie de cette déclaration de Divulgence de la part de notre conseiller et que je l'ai/nous l'avons lu et compris la portée, particulièrement en ce qui concerne les conflits d'intérêts, les compagnies avec lesquelles mon conseiller fait affaire et comment il ou elle pourrait être rémunéré(e);
- b) J'ai/ nous avons autorisé et accepté la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes/nos renseignements personnels comme décrits dans la présente déclaration de Divulgence à notre intention.

Signé à _____, le _____ jour de _____, 20 _____.
(Ville) (jour) (mois) (année)

X _____ X _____
Signature du client Signature du client

Nom du client_____
Nom du client