

### INFORMATIONS SUR LE CABINET

1. Nom du cabinet :		
2. Adresse :		
Rue : _____		
Ville : _____		Province : _____
Code postal : _____		
3. Téléphone :		Courriel :
4. Adresse courriel à laquelle nous devons transmettre les états de compte :		
5. Adresse de votre site web (si applicable) : www.		
6. Dirigeants : _____		courriel : _____
_____		courriel : _____
Courtiers seniors : _____		courriel : _____
_____		courriel : _____
Personne responsable de la comptabilité : _____		courriel : _____
7. Nombre d'employés :		
8. Ventilation du volume en %	Lignes personnelles :	Affaires Commerciales :
Volume primes en commercial :	\$	
9. Nom des assureurs avec qui vous avez des contrats d'agence :		
10. Nom des grossistes (MGA) avec qui vous transigez :		
11. Quel type de risques ciblez-vous?		
12. Numéro du cabinet auprès de l'AMF et <b>joindre une copie de votre certificat d'assurance E&amp;O en force.</b>		
<b>Conditions pour transiger avec nous :</b>		
1. Que vous ayez été payés ou non, vous vous engagez à payer l'état de compte mensuel de Profescau avant le 30 <sup>ième</sup> jour du mois suivant. Votre remise correspondant à notre état de compte sera accompagnée d'une liste des items payés.		
2. Vous vous conformez aux lois et règlements qui encadrent le respect de la vie privée.		
3. Vous maintenez en vigueur une assurance contre les Erreurs et Omissions conformément aux règles de l'AMF.		

\_\_\_\_\_ Daté ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Signature du président  
Version janvier 2021