

## 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 % Volume primes en commercial :	Lignes personnelles : \$	Affaires Commerciales :
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. <i>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.</i>		
2. <i>Vous vous conformez aux lois et règlements qui encadrent le respect de la vie privée.</i>		
3. <i>Vous maintenez en vigueur une assurance contre les Erreurs et Omissions conformément aux règles de l'AMF.</i>		

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

Signature du président  
Version janvier 2021