

**FORMULAIRE DE MISE EN CANDIDATURE À TITRE D'ADMINISTRATEUR.TRICE AU
SEIN DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA COALITION POUR UNE
RELÈVE EN ASSURANCE DE DOMMAGES**

Je, soussigné(e), _____ sou mets ma candidature au poste d'administrateur.trice au sein du conseil d'administration de la Coalition pour une relève en assurance de dommages. Cette candidature est proposée pour le poste suivant :

- Administrateur.trice des ressources humaines œuvrant dans l'industrie de l'assurance de dommages (2 ans, renouvelable)

Entreprise : _____ Courriel : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

En foi de quoi, j'ai signé à _____ (lieu), le _____ (date).

Signature :

**DÉCLARATION SOLENNELLE DE QUALIFICATION ET D'ÉLIGIBILITÉ
À OCCUPER UN POSTE D'ADMINISTRATEUR.TRICE AU SEIN DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA COALITION POUR UNE
RELÈVE EN ASSURANCE DE DOMMAGES**

Afin de vous conformer au Règlement intérieur de la Coalition pour une relève en assurance de dommages, vous devez répondre aux questions suivantes et retourner le présent formulaire à l'adresse ci-dessous.

1. Avez-vous fait l'objet d'une décision ou d'une sanction imposée par le Bureau des services financiers, le Bureau de décision et de révision ou l'Autorité des marchés financiers?
 Oui Non

2. Avez-vous fait l'objet d'une décision de culpabilité par le Comité de discipline de l'Association des courtiers d'assurance de la province de Québec, du Conseil des assurances de dommages ou de la Chambre de l'assurance?
 Oui Non

3. Avez-vous été déclaré.e ou êtes-vous reconnu.e coupable d'une infraction ou d'un acte pénal ou criminel relié à vos activités professionnelles?
 Oui Non

4. Avez-vous fait l'objet d'une décision d'un tribunal civil qui vous tient responsable dans une matière reliée à vos activités professionnelles?
 Oui Non

5. Êtes-vous candidat.e à une élection municipale, provinciale ou fédérale?
 Oui Non

6. Êtes-vous un.e dirigeant.e faisant partie de la haute direction de votre entreprise ou organisation? (Voir critères d'éligibilité)
 Oui Non

DÉCLARÉ SOLENNELLEMENT à _____(lieu)

Nom: _____

Date : _____

Signature:

Retourner par courriel à :

info@lacoalition.ca

Coalition pour une relève en assurance de dommages

1981, avenue McGill College, bureau 620, Montréal (Québec), H3A

2Y1 Téléphone : 514 395-4398 poste 2396 ou 1 855 588-4321