

Ce formulaire s'adresse aux entreprises en assurance de personnes et aux organismes de formation qui ont le droit de vendre des produits et fournir des services au Canada. Il vous permet de vous faire préautoriser pour la signature de la *Convention de licence concernant la mise en œuvre d'un programme pancanadien de qualification en assurances de personnes (vie et maladie)*.

PARTIE 1 – IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION

Nom légal			
Numéro d'entreprise ou d'enregistrement / Code d'établissement d'enseignement		Année de création	

PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (SIGNATAIRE DE LA CONVENTION)

Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom (s)		Nom	
Titre			Téléphone (travail)		Poste
Courriel					

PARTIE 3 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU PROGRAMME DE FORMATION (SI DIFFÉRENT DE LA PARTIE 1)

Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom (s)		Nom	
Titre			Téléphone (travail)		Poste
Courriel					

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISATION

N°		Rue			Bur.	
Ville			Province		Code postal	
Téléphone			Site Web			
Champs d'activité	<input type="checkbox"/> Entreprise en assurance de personnes (Nombre de représentants certifiés en assurance de personnes, en assurance contre la maladie ou les accidents ou en assurance collective de personnes qui sont sous contrat : _____)					
	<input type="checkbox"/> Centre de formation/école					
	<input type="checkbox"/> Association (Nombre de membres qui sont des représentants certifiés en assurance de personnes, en assurance contre la maladie ou les accidents ou en assurance collective de personnes : _____)					
	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____					
Y a-t-il des mécanismes de vérifications du casier judiciaire en place dans votre organisation pour les personnes responsables de la formation?						
<input type="checkbox"/> Non						
<input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____						

PARTIE 4 – APERÇU DU DÉPARTEMENT RESPONSABLE DE LA FORMATION DANS L'ORGANISATION

1. Est-ce que la personne responsable du programme de formation (identifiée à la partie 3) possède au moins 2 années d'expérience en lien avec la formation en assurance de personnes ou l'éducation, accumulées au cours des 10 dernières années?

- Oui
- Non (Expliquez comment votre organisation prévoit compenser cette absence d'expertise en assurance de personnes) :

2. Est-ce que la personne responsable du programme de formation (identifiée à la partie 2) a possédé un certificat de représentant en assurance de personnes pendant au moins 2 ans lors des 10 dernières années?

- Oui
- Non (Expliquez comment votre organisation prévoit compenser cette absence d'expertise en assurance de personnes) :

3. Combien d'employés ou de formateurs certifiés sont attirés à la formation pour le PQAP?

Nombre d'employés : _____

4. Quelles sont les exigences pour agir comme formateur au sein de votre organisation?

5. Quels sont les autres départements, équipes ou ressources qui collaborent aux mandats de formation des futurs représentants en assurance de personnes de votre département/équipe de formation?

Veuillez joindre l'organigramme de votre organisation à ce formulaire.

DEMANDE DE RECONNAISSANCE PRESTATAIRE DE COURS PROGRAMME DE QUALIFICATION EN ASSURANCE DE PERSONNES (PQAP)

PARTIE 5 – OFFRE DE FORMATION		
6. Pour quelle discipline ou pour quelle catégorie de discipline souhaitez-vous que votre organisation soit reconnue comme prestataire de cours autorisé pour le PQAP? (Le cas échéant, vous pouvez cocher plus d'une case.)		
<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie ou les accidents <input type="checkbox"/> Assurance de personnes, incluant l'assurance collective de personnes		
7. Dans quelle langue souhaitez-vous offrir la formation? (Le cas échéant, vous pouvez cocher plus d'une case.)		
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		
8. Dans quelles provinces et dans quels territoires canadiens souhaitez-vous que votre organisation soit reconnue comme prestataire de cours autorisé pour le PQAP? (Le cas échéant, vous pouvez cocher plus d'une case.)		
PROVINCES ET TERRITOIRES	NOMBRE DE POINTS DE SERVICES PAR PROVINCES ET TERRITOIRES <i>- Il n'est pas nécessaire de détenir un point de service dans chaque province/territoire où vous souhaitez être reconnu -</i>	
<input type="checkbox"/> Alberta	_____ point(s) de services.	<i>Dans le cadre d'une formation à distance ou en ligne, indiquez 0 point de services.</i>
<input type="checkbox"/> Colombie-Britannique	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Manitoba	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Nunavut	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Ontario	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Québec	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Saskatchewan	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Terre-Neuve et Labrador	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Territoires-du-Nord-Ouest	_____ point(s) de services.	
<input type="checkbox"/> Yukon	_____ point(s) de services.	

DEMANDE DE RECONNAISSANCE PRESTATAIRE DE COURS PROGRAMME DE QUALIFICATION EN ASSURANCE DE PERSONNES (PQAP)

9. Combien de candidats votre organisation prévoit-elle former annuellement? (Toutes provinces et tous territoires confondus)	
Candidats en assurance de personnes : _____	Candidats en assurance contre la maladie ou les accidents : _____
10. Quel type de formation votre organisation prévoit-elle utiliser pour la formation des candidats? (Le cas échéant, vous pouvez cocher plus d'une case.)	
<input type="checkbox"/> Formation en classe <input type="checkbox"/> Formation en ligne synchrone (en temps réel) <input type="checkbox"/> Formation en ligne asynchrone (horaire au choix du candidat) <input type="checkbox"/> Tutorat/Mentorat/Coaching (approche individualisée) <input type="checkbox"/> Entraînement à la tâche <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) : _____	
11. Votre organisation prévoit-elle développer du matériel complémentaire au matériel de préparation aux examens produit par les OCRA? (Le cas échéant, veuillez définir la nature du matériel complémentaire.)	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____	
12. La formation en lien avec la compétence « Établir une pratique professionnelle éthique, conforme aux règles encadrant le secteur de l'assurance de personnes » sera basée sur quel régime de droit civil? (Le cas échéant, vous pouvez cocher les 2 cases.)	
<input type="checkbox"/> Code civil (Québec) <input type="checkbox"/> <i>Common Law</i> (Provinces et territoires canadiens autres que le Québec)	

13. En vous basant sur l'étendue des compétences évaluées (le Curriculum et le formulaire de demande d'accès aux planifications détaillées des manuels de préparation aux examens sont disponibles sur le **site Web des OCRA** dans la section *Publications*), quels cours ou modules de votre programme de formation prépareront les candidats à l'atteinte des compétences du PQAP?

ÉNONCÉ DE LA COMPÉTENCE	TITRE DES COURS OU MODULES QUI COUVRENT LA COMPÉTENCE CIBLÉE	TEMPS CONSACRÉ À LA COMPÉTENCE
Établir une pratique professionnelle éthique, conforme aux règles encadrant le secteur de l'assurance de personnes (au Québec et/ou ailleurs au Canada)		
Recommander des produits individuels et collectifs d'assurance vie adaptés à la situation et aux besoins des clients		
Recommander des produits individuels et collectifs d'assurance contre la maladie ou les accidents adaptés à la situation et aux besoins des clients		
Recommander des fonds distincts, des rentes individuelles et des régimes de rentes collectives adaptés à la situation et aux besoins des clients		

14. Quels sont les cours ou les modules de votre programme de formation qui visent des compétences qui ne sont pas évaluées dans le cadre du PQAP?

TITRE DU COURS OU DU MODULE	COMPÉTENCES VISÉES PAR LA FORMATION	TEMPS CONSACRÉ À LA COMPÉTENCE

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
PRESTATAIRE DE COURS
PROGRAMME DE QUALIFICATION EN ASSURANCE DE PERSONNES (PQAP)**

15. Pour attester que les candidats maîtrisent les compétences visées par l'examen du PQAP, votre organisation effectuera-t-elle une évaluation globale ou des évaluations modulaires?

- Évaluation globale (une sanction pour l'évaluation de l'ensemble des compétences)
- Évaluation modulaire (une sanction par compétence, cours ou module du programme de formation)

16. a) Quels outils d'évaluation (examens, portfolios, études de cas, etc.) votre organisation prévoit-elle utiliser pour attester que les candidats maîtrisent les compétences visées par l'examen du PQAP?

b) Combien d'évaluations votre organisation prévoit-elle utiliser?

c) Quelle sera la pondération (poids relatif) de chaque évaluation par rapport au verdict global?

a)

b)

c)

Veillez joindre à ce formulaire tous les documents pertinents à la soumission de votre organisation.

PARTIE 6 – MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DE LA FORMATION

17. Veuillez présenter les processus, les dispositifs ou les autres mécanismes que votre organisation prévoit mettre en place pour assurer un contrôle de la qualité de votre formation.

18. Veuillez présenter les processus, les dispositifs ou les autres mécanismes que votre organisation prévoit mettre en place pour assurer un contrôle de la qualité de vos outils pédagogiques.

19. Veuillez présenter les processus, les dispositifs ou les autres mécanismes que votre organisation prévoit mettre en place pour assurer un contrôle de la qualité de vos évaluations.

Veuillez joindre à ce formulaire tous les documents pertinents aux mécanismes de contrôle de la qualité de la formation.

PARTIE 7 – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

J'atteste que :

- l'organisation que je représente soutient pleinement les principes directeurs du PQAP énoncés à l'Annexe D de la *Convention de licence concernant la mise en oeuvre d'un programme pancanadien de qualification en assurances de personnes (vie et maladie)* ;
- le cas échéant, les formateurs embauchés pour offrir la formation possèdent les compétences requises pour prendre en charge la formation des candidats;
- les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les documents joints sont exacts;
- au cours des cinq dernières années, l'organisation que je représente n'a pas été poursuivie par un étudiant/candidat ou déclarée coupable de toute infraction de nature criminelle ou pénale en lien avec ses services de formation;
- au cours des cinq dernières années, l'organisation que je représente n'a pas été, déclarée coupable par un tribunal étranger, d'une infraction en lien avec ses services de formation qui, si elle avait été commise au Canada, aurait pu faire l'objet d'une poursuite criminelle ou pénale.

- Oui
 Non

L'organisation que je représente s'engage à :

- offrir une formation de qualité qui couvre l'ensemble des éléments énumérés dans le Curriculum publié sur le site web des OCRA;
- évaluer avec diligence les connaissances et les habiletés des candidats;
- conserver pour une période de 2 ans les évaluations des candidats;
- fournir au comité de gouvernance des OCRA par le biais du système désigné, dans les 10 jours ouvrables suivant la fin de la formation, le verdict de formation (réussite ou échec) des étudiants pour lesquels des autorisations d'utilisation du matériel ont été émises;
- fournir au comité de gouvernance des OCRA ainsi qu'au responsable de chaque régulateur qui en fait la demande, des copies de plans de formation, de plans de cours, des évaluations utilisées, du matériel complémentaire développé dans le cadre de la convention d'utilisation du matériel de préparation aux examens diffusé par les OCRA et, le cas échéant, d'une liste détaillée des formateurs sous contrat;
- informer le comité de gouvernance des OCRA ainsi que les responsables de chaque régulateur de la province ou du territoire où sa formation est reconnue de toute modification apportée à la formation pour laquelle elle a été reconnue comme prestataire de cours;
- fournir toute information supplémentaire requise par le comité de gouvernance des OCRA pour cette reconnaissance.

- Oui
 Non

J'accepte que les OCRA transmettent aux différents régulateurs des provinces/territoires visés par la question 8 du présent formulaire les renseignements transmis dans le cadre du processus de reconnaissance de mon organisation comme prestataire de cours.

- Oui
 Non

Date :

année mois jour

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
PRESTATAIRE DE COURS
PROGRAMME DE QUALIFICATION EN ASSURANCE DE PERSONNES (PQAP)**

Faites parvenir votre formulaire et les documents s'y rattachant par courriel à l'adresse suivante :

llqp.pqap@lautorite.qc.ca