

**Avant de remplir ce formulaire, lisez attentivement ce qui suit :**

**Ce formulaire s'adresse uniquement aux représentants agissant dans la discipline du courtage hypothécaire.** Il permet de demander une dispense pour cause de maladie, de congé parental ou si vous agissez comme proche aidant.

Votre absence doit être d'au moins 4 semaines consécutives, et la période de retour progressif ne donne pas droit à une dispense. Si vous êtes en invalidité pour une durée indéterminée, la dispense accordée sera pour une période de 12 mois. Après cette période de 12 mois, vous devrez présenter une autre demande de dispense.

Nous vous informons que si vous refusez ou omettez de nous fournir les renseignements et/ou documents demandés, nous serons dans l'impossibilité de procéder au traitement de votre demande.

### Droits d'accès et de rectification

Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou demander qu'ils soient rectifiés s'ils sont inexacts, incomplets ou équivoques, ou si leur collecte, leur communication ou leur conservation ne sont pas autorisées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1. Pour toute question à ce sujet, nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : [Accès à l'information | AMF \(lautorite.qc.ca\)](http://www.lautorite.qc.ca).

## PARTIE 1 – IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

### INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT QUI DEMANDE LA DISPENSE

N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>			
Date de naissance	____ / ____ / ____ année    mois    jour		

## PARTIE 2 – IDENTIFICATION DE LA DEMANDE DE DISPENSE

Sélectionnez votre situation	Date de début	Date de fin
<input type="checkbox"/> Proche aidant	____ / ____ / ____ année    mois    jour	____ / ____ / ____ année    mois    jour
<input type="checkbox"/> Retrait préventif	____ / ____ / ____ année    mois    jour	____ / ____ / ____ année    mois    jour
<input type="checkbox"/> Maladie	____ / ____ / ____ année    mois    jour	____ / ____ / ____ année    mois    jour
<input type="checkbox"/> Maternité	____ / ____ / ____ année    mois    jour	____ / ____ / ____ année    mois    jour
<input type="checkbox"/> Paternité	____ / ____ / ____ année    mois    jour	____ / ____ / ____ année    mois    jour

**PARTIE 3 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR**

	PIÈCE JUSTIFICATIVE REQUISE
Proche aidant	Un document attestant du statut de proche aidant incluant la durée de ce statut
Retrait préventif	Preuve médicale indiquant les dates du retrait préventif
Maladie	Preuve médicale indiquant les dates du congé ou une copie d'une lettre de l'assureur confirmant que le représentant obtient des prestations d'invalidité
Maternité	Document du régime d'assurance parentale indiquant les périodes pour lesquelles la représentante reçoit des prestations d'assurance parentale
Paternité	Document du régime d'assurance parentale indiquant les périodes pour lesquelles le représentant reçoit des prestations d'assurance parentale

**PARTIE 4 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES PAR L'AUTORITÉ POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2024 AU 31 DÉCEMBRE 2024**

Frais d'étude de la demande 45,00 \$

<b>TOTAL</b>	<b>45,00 \$</b>
--------------	-----------------

**PARTIE 5 – DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT**

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

M. <input type="checkbox"/>	Prénom		Nom	
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>				
Signature			Date	____ / ____ / ____ année mois jour

## PARTIE 6 – TRANSMISSION DE LA DEMANDE DE DISPENSE

Veillez transmettre ce formulaire en utilisant les services en ligne de l'Autorité. Pour ce faire, veuillez choisir l'onglet **Assurance, pl.fin et courtage hypothécaire** du menu principal, sélectionnez la rubrique **Dossier UFC en courtage hypothécaire**, puis sélectionnez **Demande de dispense**, dans le menu déroulant.

Si vous ne pouvez pas utiliser les services en ligne de l'Autorité, veuillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

**Autorité des marchés financiers**  
Place de la Cité, tour Cominar  
2640, boulevard Laurier, bureau 400  
Québec (Québec) G1V 5C1

**Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.**

