

Avant de remplir le 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.

## 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
<b>Proche aidant</b>	Un document attestant du statut de proche aidant incluant la durée de ce statut
<b>Retrait préventif</b>	Preuve médicale indiquant les dates du retrait préventif
<b>Maladie</b>	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
<b>Maternité</b>	Copie du certificat de naissance ou d'adoption de l'enfant
<b>Paternité</b>	Copie du certificat de naissance de l'enfant ou d'adoption de l'enfant

## PARTIE 4 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES PAR L'AUTORITÉ POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021

Frais d'étude de la demande

38 \$

<b>TOTAL</b>	<b>38 \$</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.**

