



Formulaire T2011 – Modification de renseignements d'un régime de pension agréé

Nom du régime			Numéro d'agrément du régime	
Section 1 – Changement d'adresse ou de la personne-ressource du répondant du régime (S'il y a un changement du répondant du régime, veuillez utiliser le formulaire T920, <i>Demande de modification d'un régime de pension agréé.</i>)				
Répondant du régime				
Personne-ressource				
Adresse				
Ville	Province	Code postal	Téléphone - -	
Numéro d'entreprise		Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
Section 2 – Changement d'adresse ou de la personne-ressource de l'administrateur du régime (S'il y a un changement de l'administrateur du régime, tel qu'il est défini à l'article 147.1(6) de la Loi de l'impôt sur le revenu, veuillez utiliser le formulaire T920, <i>Demande de modification d'un régime de pension agréé.</i>)				
Nom de l'administrateur du régime		Même adresse que celle du répondant du régime <input type="checkbox"/>		
Personne-ressource				
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone - -		Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		
Section 3 – Changement de consultant ou de l'adresse du consultant				
Nom du consultant				
Personne-ressource				
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone - -		Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

Section 4 – Changement d'adresse ou de la personne-ressource du fiduciaire

(S'il y a un changement du fiduciaire constitué en société ou du particulier fiduciaire, veuillez utiliser le formulaire T920, *Demande de modification d'un régime de pension agréé.*)

Nom du fiduciaire

Personne-ressource

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

- -

Langue de correspondance

Français

Anglais

Section 5 – Changement d'adresse ou de la personne-ressource de la compagnie d'assurance

(S'il y a un changement de la compagnie d'assurance, veuillez utiliser le formulaire T920, *Demande de modification d'un régime de pension agréé.*)

Nom de la compagnie d'assurance

Personne-ressource

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

- -

Langue de correspondance

Français

Anglais

Section 6 – Attestation

À titre de **représentant autorisé** de l'administrateur du régime indiqué ci-dessus, je, _____

_____, atteste que les renseignements contenus dans ce formulaire sont,

(en lettre majuscules)

à ma connaissance, exacts et complets.

Date

Signature

Téléphone