



## Demande d'agrément d'un régime de pension

- À titre d'**administrateur** d'un régime de pension, vous devez remplir ce formulaire lorsque vous demandez l'agrément d'un régime de pension, en vertu du paragraphe 147.1(2) de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.
- Vous devez répondre à toutes les questions du formulaire à moins d'indication contraire. Les formulaires qui ne sont pas remplis en entier seront considérés comme des demandes incomplètes et seront retournés au demandeur.
- Faites-nous parvenir un exemplaire de ce formulaire dûment rempli, accompagné de **copies certifiées** des documents suivants :
  - le libellé du régime et autres documents qui contiennent les modalités du régime, comme une brochure destinée aux employés pour les **prestations accessoires optionnelles** dans le cadre d'un régime flexible ou la partie de la convention collective qui traite du régime de pension pour un **régime interentreprises déterminé**;
  - les actes de fiducie, contrats d'assurance, conventions et autres documents concernant le financement des prestations dans le cadre du régime. Dans le cas d'un régime pour lequel la législation exige la création d'un comité de retraite, consultez **Nouvelles de la Direction des régimes enregistrés n° 04-2**;
  - les résolutions et règlements qui concernent les documents mentionnés ci-dessus.
- S'il vous faut plus d'espace pour nous fournir les renseignements demandés, veuillez utiliser l'« **annexe A** » à la fin du présent formulaire ou joindre les renseignements sur des feuilles supplémentaires, en utilisant le même format.

Envoyez les documents par courrier recommandé à l'adresse suivante : Agence du revenu du Canada, Direction des régimes enregistrés, Ottawa ON K1A 0L5.

Tout au long du présent formulaire, nous avons établi pour certains termes un lien à un lexique. Vous pouvez aussi obtenir de plus amples renseignements dans la publication **Guide des régimes de pension agréés T4099F** ou en nous appelant au 613-954-0930 ou sans frais au 1-800-267-5565.



## Demande d'agrément d'un régime de pension

(Veuillez dactylographier ou écrire en lettres moulées.)

N'inscrivez rien dans  
cette section

**Section 1 a) – Date d'entrée en vigueur du régime :** Inscrivez la date à laquelle le régime entre en vigueur, selon ce qu'indiquent les documents du régime. Notez que la date d'entrée en vigueur ne peut pas être antérieure au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle vous faites la demande.

Année	Mois	Jour

**Section 1 b) – Nom du régime de pension :** Donnez le nom officiel du régime tel qu'il figure dans les documents du régime.

**Section 2 – Répondant du régime :** Si le répondant du régime est un employeur, remplissez la section 2 a). Si le répondant du régime est un comité de retraite ou de fiduciaires, remplissez la section 2 b) en indiquant le nom du comité de retraite ou de fiduciaires à la case « Aux soins de ». Pour la langue de correspondance, indiquez la langue dans laquelle la personne nommée désire recevoir sa correspondance. À la case « Personne-ressource », indiquez le nom et le numéro de téléphone de la personne à qui l'on peut demander des renseignements généraux directement. À la case « Numéro d'entreprise », indiquez les neuf premiers chiffres du numéro de compte que l'employeur répondant utilise pour déduire les cotisations de l'employeur au régime de pension agréé et pour verser les retenues sur la paie à l'Agence du revenu du Canada.

**a) Nom du répondant du régime**

Adresse

Ville	Province	Code postal
Téléphone	Numéro d'entreprise _ _ _ _ _	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Personne-ressource		Téléphone  Poste

**b) Aux soins de**

Adresse

Ville	Province	Code postal
Personne-ressource	Téléphone  Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

Le répondant du régime est (cochez l'une des cases) :

- une entreprise individuelle    
  une société    
  un organisme gouvernemental    
  un syndicat  
 une association    
  une société de personnes    
  autre

**Section 3 a) – Administrateur :** Si l'administrateur du régime de pension est un employeur, remplissez la partie 3a)(i). Si l'administrateur du régime est un comité de retraite ou de fiduciaires, remplissez la partie 3a)(ii) en indiquant le nom du comité de retraite ou de fiduciaires à la case « Aux soins de ». Pour la langue de correspondance, indiquez la langue dans laquelle la personne nommée désire recevoir sa correspondance. À la case « Personne-ressource », indiquez le nom et le numéro de téléphone de la personne à qui l'on peut demander des renseignements généraux directement.

Même que le répondant du régime  ou

**(i) Nom de l'administrateur du régime de pension**

Adresse

Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone  Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

**Section 3 a) – Administrateur (suite)**

(ii) Aux soins de

Adresse

Ville

Province

Code postal

Personne-ressource

Téléphone

Poste

Langue de correspondance

Français

Anglais

**b) Administrateur non résident**

Le paragraphe 147.1(6) de la *Loi de l'impôt sur le revenu* exige que l'administrateur d'un régime de pension soit un résident du Canada, sauf s'il reçoit une permission contraire écrite du ministre.

Si l'administrateur de ce régime n'est pas un résident du Canada, ou lorsque l'administrateur est un groupe de personnes dont la majorité des membres résident à l'étranger, veuillez remplir la demande de renonciation suivante.

À titre de **représentant autorisé** de l'administrateur de ce régime de pension,

je, \_\_\_\_\_, confirme la capacité et l'engagement de l'administrateur d'exécuter les fonctions et les obligations d'un administrateur et de respecter toutes les conditions prévues par la *Loi* et le *Règlement de l'impôt sur le revenu* du Canada en ce qui concerne un régime de pension agréé, y compris la production des déclarations de renseignements, des rapports d'évaluation actuarielle, des facteurs d'équivalence, des facteurs d'équivalence pour services passés et des facteurs d'équivalence rectifiés, au besoin.

Je confirme également que l'administrateur conservera les documents et registres comptables et qu'il les rendra disponibles à la demande de l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins d'examen, soit en les apportant à un bureau des services fiscaux, soit en acquittant les frais de déplacement d'un agent de l'ARC pour se rendre sur les lieux où sont conservés ces documents et registres comptables.

Date

Signature

Titre

Téléphone

**Section 3 c) – Administrateur délégué :** Inscrivez le nom de la société ou de la personne à qui l'**administrateur** du régime a délégué l'exécution des fonctions indiquées. Si vous inscrivez le nom d'une société, veuillez noter que n'importe quel représentant de cette société pourra exécuter les fonctions déléguées.

Si l'exécution d'une des fonctions suivantes de l'administrateur a été déléguée à un **administrateur délégué**, veuillez préciser de quelles fonctions il s'agit.

Fonction déléguée?

Réception et production d'un formulaire T244 ou autre déclaration de renseignements annuelle

Oui

No

Signature de tous les autres formulaires

Oui

No

Signature de l'administrateur \_\_\_\_\_

(pour reconnaître que les fonctions ci-dessus ont été déléguées à un administrateur délégué)

Nom de l'administrateur délégué

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Personne-ressource

Téléphone

Poste

Langue de correspondance

Français

Anglais

**Section 3 (suite)**

## d) Adresse postale

Veillez fournir l'adresse à laquelle vous voulez que nous envoyions **toute** la correspondance sur le régime de pension.

L'adresse postale est-elle ce qui suit :

**OU**  la même adresse que le répondant du régime?  la même adresse que l'**administrateur** du régime?  la même adresse que l'**administrateur délégué**?

Veillez fournir l'adresse postale, si aucune des cases ci-dessus ne s'applique :

Nom de la société

Adresse

Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

## e) Correspondant autorisé

Nom de la société (p. ex. un conseiller en prestations de retraite ou un cabinet d'actuares) avec laquelle nous sommes autorisés à correspondre concernant ce régime de pension, s'il y a lieu.

Nom de la société

Adresse

Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

**Section 4 – Mécanismes de financement** : Remplissez la section 4b) seulement si le régime compte deux mécanismes de financement distincts.

Indiquez le(s) mécanisme(s) de financement des prestations (cochez toutes les cases appropriées) :

contrat d'assurance  fiducie  autre (précisez) \_\_\_\_\_

a) Nom de la compagnie d'assurance, du fiduciaire ou d'une autre entité. (Dans le cas de particuliers fiduciaires, identifiez le fiduciaire de correspondance.)	Numéro de la police d'assurance (s'il y a lieu)
--	--

Adresse

Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Nom d'un deuxième particulier fiduciaire (s'il y a lieu)	Ce fiduciaire est-il résident du Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Nom d'un troisième particulier fiduciaire (s'il y a lieu)	Ce fiduciaire est-il résident du Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Remplissez la section 4b) seulement si le régime compte deux mécanismes de financement distincts.

b) Nom de la compagnie d'assurance, du fiduciaire ou d'une autre entité	Numéro de la police d'assurance (s'il y a lieu)
---	--

Adresse

Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

## Section 5 – Détails sur le régime

a) Indiquez le type de régime (cochez l'une des cases)

cotisations déterminées  prestations déterminées  combiné

b) Quelle est la date de la fin de l'exercice du régime?

M  M  J  J

c) S'agit-il d'un **régime désigné** en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*?

Oui  Non

d) Le régime est-il un **régime légiféré**?

Oui  Non

e) Le régime est-il un **régime interentreprises**?

Oui  Non

f) Si vous répondez « Oui » à la question e), le régime rencontre-t-il les critères d'un **régime interentreprises déterminé**?

Oui  Non

g) Le régime est-il un **régime de pension simplifié**?

Oui  Non

h) Le régime est-il un **régime de retraite par financement salarial**?

Oui  Non

i) Le régime permet-il des **cotisations facultatives**?

Oui  Non

j) Si le régime contient une disposition à **prestations déterminées**, veuillez préciser la formule de calcul des prestations :

prestations forfaitaires  salaire moyen de carrière  salaire moyen de fin de carrière ou  salaire maximal  taux de cotisation

k) Le régime prévoit-il des prestations pour des **périodes de services à l'étranger**?

Oui  Non

l) Le régime permet-il des **prestations accessoires optionnelles** dans le cadre d'un **régime flexible**?

Oui  Non

m) Le régime prévoit-il des **prestations de raccordement**?

Oui  Non

n) Le régime prévoit-il l'indexation des prestations après la retraite (à l'exclusion de l'indexation ponctuelle)?

Oui  Non

## Section 6 – Services passés

a) Le régime permet-il que des prestations soient prévues en fonction des services passés?

Dans la négative, allez à la section 7 ci-dessous.

Oui  Non

b) Le régime permet-il ou prévoit-il l'achat des services passés pour les périodes avant 1990 (prestations avant 1990)?

Dans la négative, allez à la section 6(d) ci-dessous.

Oui  Non

c) Ces prestations avant 1990 sont-elles assujetties à la condition relative à la **proportionnalité**?

Oui  Non

Dans l'affirmative, et si ces prestations sont financées, veuillez joindre des calculs détaillés démontrant l'observation du critère de la **valeur actualisée** des prestations. Si vous incluez à votre demande d'agrément un rapport d'évaluation actuarielle qui démontre que le critère de la valeur actualisée des prestations est respecté, vous n'avez pas à fournir des feuilles additionnelles avec les calculs. Toutefois, si les données fournies ne sont pas suffisamment détaillées, des renseignements additionnels concernant le critère de la valeur actualisée des prestations pourraient être requis à une date ultérieure.

Si les prestations viagères sont exemptes de la condition relative à la proportionnalité, veuillez sélectionner l'exception applicable de la liste ci-dessous :

1) • Le régime compte au moins 50 **participants actifs** pendant l'année où les prestations viagères sont fournies; **ET**  
• La possibilité d'acquérir des prestations à l'égard des services admissibles avant 1990 est offerte à tous les participants du régime.

2) • Le régime compte moins de 50 **participants actifs** pendant l'année où les prestations viagères sont fournies.  
• Le régime n'est pas établi principalement au profit **d'employés clés**.  
• La possibilité d'acquérir des prestations à l'égard des services admissibles avant 1990 est offerte à tous les participants au régime; **ET**  
• Nous avons renoncé par écrit à l'application de la condition.

3) • Les prestations viagères sont exclues (relativement au particulier et à la disposition).

d) Le régime permet-il aux **personnes rattachées** d'acheter les périodes de services passés avant 1991 (avant 1992 pour les **régimes exclus**), à la suite d'un transfert de prestations accumulées dans ce régime provenant d'un autre régime agréé?

Oui  Non

e) La valeur totale des périodes de services passés avant 1991 (prestations avant 1991 / prestations avant 1992 pour les **régimes exclus**) pour les **participants actifs** qui sont des **personnes rattachées** ou pour les participants actifs qui étaient des personnes rattachées (participants qui ne sont pas actuellement des personnes rattachées, mais qui l'étaient pendant la période de services avant la réforme pour laquelle des prestations sont prévues) est-elle supérieure à 50 % de la **valeur actualisée** des services passés pour tous les participants actifs au régime?

Oui  Non

**Section 7 – Régime antérieur**

- a) Le régime est-il le résultat de la **scission** d'autres régimes ou d'autres dispositions ou de régimes devenus **inactifs**?  Oui  Non
- b) Si vous répondez « Oui » à la question a), donnez le nom du régime, son numéro d'agrément et la situation des prestations du régime (c.-à-d. **acquitté**, transférées, etc.).

Nom du régime	Numéro d'agrément	Situation des prestations

**Section 8 – Organisme de réglementation en matière de pension**

- a) Le régime est-il assujéti à l'agrément auprès d'un organisme de réglementation fédéral ou provincial autre que l'Agence du revenu du Canada?  Oui  Non
- b) Dans l'affirmative, avez-vous demandé cet agrément?  Oui  Non
- c) Indiquez l'organisme de réglementation en question en cochant la case appropriée ci-dessous :
- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique  | <input type="checkbox"/> Alberta                 | <input type="checkbox"/> Saskatchewan   | <input type="checkbox"/> Manitoba        |
| <input type="checkbox"/> Ontario               | <input type="checkbox"/> Québec                  | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick  | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Bureau du surintendant des institutions financières Canada |  |

**Section 9 – Renseignements sur l'employeur**

- a) Indiquez le nombre d'**employeurs participants** au régime (Remarque : Le régime ne sera pas agréé si 0 est inscrit)
- b) Veuillez fournir le nom et le numéro d'entreprise de chaque employeur participant si ces renseignements ne figurent pas déjà à la section 2 ci-dessus.

Employeur participant	Numéro d'entreprise
	-----
	-----
	-----

Énumérez les autres employeurs participants à la **section II de l'« Annexe A »**, au besoin.

**Section 10 – Renseignements sur les employés**

- a) Indiquez le nombre d'employés de tous les **employeurs participants** qui participent ou qui participeront au régime à sa date d'entrée en vigueur. (Remarque : Le régime ne sera pas agréé si 0 est inscrit)
- b) Les employés sont-ils tenus de verser des cotisations au régime?  Oui  Non
- c) Y a-t-il des participants au régime qui sont ou qui ont été considérés comme des **personnes rattachées** à un **employeur participant**?  Oui  Non

Si oui, donnez les renseignements suivants :

Employeur participant	Personne rattachée	Numéro d'assurance sociale
		-----
		-----
		-----

S'il y a plus de trois **personnes rattachées** participant au régime, veuillez fournir les renseignements ci-dessus dans la **section I de l'« Annexe A »**.

**Section 11 – Participation à plus d'un régime**

Y a-t-il des participants au régime qui participent à un autre régime de pension agréé ou à un **régime de participation différée aux bénéfices** du même employeur ou d'un autre employeur qui a un **lien de dépendance** avec le premier?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez le nom des régimes et les numéros d'agrément.

Nom du régime	Numéro d'agrément

**Section 12 – Régimes conformes à un spécimen approuvé :** Remplissez cette section seulement si le texte du régime ou le document sur son financement est conforme à un ou des régimes spécimens approuvés. Le libellé du régime et le document de financement, s'il y a lieu, peuvent être conformes à des spécimens distincts ou les deux documents peuvent être conformes au même spécimen. Si le régime de pension est conforme à deux spécimens approuvés (p. ex. un spécimen pour le libellé du régime et un autre spécimen pour le document sur son financement), indiquez le numéro des deux spécimens. Présentez seulement les renseignements sur les variables approuvées pour le spécimen, s'il y a lieu.

Vous n'avez pas à présenter les documents fondés sur un spécimen déjà approuvés. Toutefois, si le texte du régime ou le document de financement est modifié ultérieurement et que le document n'est plus conforme à un spécimen approuvé, vous devrez nous soumettre une copie du document modifié.

L'attestation qui se trouve à la fin de la présente section doit être remplie par le **représentant autorisé** de l'entité qui a obtenu l'approbation du ou des régimes spécimens.

J'atteste que, sauf pour les renseignements sur les variables permises qui accompagnent la présente demande, le libellé du régime et le document sur son financement sont conformes à tous égards aux spécimens portant les numéros :

\_\_\_\_\_ -P \_\_\_\_\_ -F \_\_\_\_\_ -SP  
*(spécimen du libellé du régime) (spécimen du document de financement du régime) (spécimen du libellé du régime et du document de financement)*

Nom de l'entreprise qui a obtenu l'approbation du ou des spécimens

Nom du représentant autorisé \_\_\_\_\_  
*(Veuillez écrire en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Section 13 – Attestation :** L'attestation doit être signée avant que nous puissions agréer le régime.

À titre de **représentant autorisé** de l'**administrateur** de ce régime de pension, je, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, atteste que les renseignements donnés dans ce formulaire, ou qui y sont joints, sont, *(Veuillez écrire en lettres moulées)*, à ma connaissance, exacts et complets. J'atteste également qu'à ma connaissance, le régime est administré conformément aux articles 147.1, 147.2, 147.3 et 147.4 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et du *Règlement de l'impôt sur le revenu*, et que les exemplaires des documents joints sont des **copies conformes des originaux**.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Section 14 – Documents ci-joints**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Libellé du régime  | <input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation actuarielle   |
| <input type="checkbox"/> Acte de fiducie  | <input type="checkbox"/> Condition relative à la <b>proportionnalité</b>  |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance  | <input type="checkbox"/> <b>Démonstration de la règle de 50 %</b>   |
| <input type="checkbox"/> Résolutions et règlements  | <input type="checkbox"/> <b>Certificat actuariel</b>  |
| <input type="checkbox"/> Convention collective (pour les RID)   | <input type="checkbox"/> Preuve de <b>rémunération raisonnable</b> à l'égard des services avant la réforme pour les <b>personnes rattachées</b> |
| <input type="checkbox"/> Liste des variables du spécimen  |   |
| <input type="checkbox"/> Brochure destinée aux employés (pour les <b>régimes de pension flexibles</b> ) |   |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____  |   |

