



Demande de modification d'un régime de pension agréé

- À titre d'**administrateur** d'un régime de pension, vous devez remplir le présent formulaire en entier lorsque vous demandez l'approbation d'une modification à un régime de pension agréé, en vertu du paragraphe 147.1(4) 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.
- Vous n'êtes pas tenu de produire ce formulaire si les modifications que vous présentez sont uniquement en réponse à la demande de modification du régime faite par la Direction des régimes enregistrés. Veuillez utiliser le formulaire T2011, **Modification de renseignements d'un régime de pension agréé** si les changements concernent **seulement** l'adresse ou la personne-ressource du répondant du régime, de l'administrateur du régime de pension, des fiduciaires, de la compagnie d'assurance ou du consultant.
- Faites-nous parvenir un exemplaire de ce formulaire dûment rempli, accompagné d'une **copie certifiée** de la modification ou de la révision du régime ou du changement dans son mécanisme de financement, dans les 60 jours suivant la date où les changements ont été apportés, comme l'exige le paragraphe 8512(2) du *Règlement de l'impôt sur le revenu*. Dans le cas des régimes tenus par la loi d'établir un comité de retraite, consultez le **Bulletin de la Direction des régimes enregistrés no 04-2**.
- Si l'espace réservé aux renseignements est insuffisant, veuillez utiliser l'**annexe A**, qui se trouve à la fin du présent formulaire, ou les consigner sur des feuilles supplémentaires tout en respectant 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 des renseignements dans le **Guide des régimes de pension agréés (T4099F)** ou en composant le 613-954-0930 ou le 1-800-267-5565.



Demande de modification d'un régime de pension agréé

(Veuillez dactylographier ou écrire en lettres moulées)

Section 1 – Identification du régime							
a) Numéro d'agrément : Inscrivez le numéro d'agrément à sept chiffres qui a été attribué au régime par l'Agence du revenu du Canada. Ce numéro commence par zéro ou un.	Numéro d'agrément						
Avant cette modification, le régime était un l'un des régimes suivants (cochez toutes les cases applicables) :							
<input type="checkbox"/> régime à prestations déterminées <input type="checkbox"/> régime à cotisations déterminées <input type="checkbox"/> régime combiné <input type="checkbox"/> régime interentreprises <input type="checkbox"/> régime interentreprises déterminé <input type="checkbox"/> régime désigné <input type="checkbox"/> régime de pension flexible							
b) Nom du régime de pension – Inscrivez le nom officiel du régime (avant cette modification) :							
c) Le nom du régime de pension a-t-il changé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nouveau nom du régime : _____							
d) La fin de l'exercice du régime a-t-elle changé? <input type="checkbox"/> Oui – Nouvelle fin d'exercice : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td></tr> </table> ou <input type="checkbox"/> Non				M	M	J	J
M	M	J	J				
Section 2 – Renseignements sur l'administrateur							
Si le régime de pension est administré par un employeur, remplissez la section 2a)(i). S'il est administré par un comité de retraite parce qu'il est tenu de l'être par la loi, ou par un conseil de fiduciaires, remplissez la section 2a)(ii) en y inscrivant le nom du comité des retraite ou du conseil de fiduciaires ou dans la partie « Aux soins de ». Pour la langue de correspondance, indiquez la langue dans laquelle la personne nommée préfère recevoir la correspondance. Sous « Personne-ressource », inscrivez le nom et le numéro de téléphone d'un particulier à qui nous pourrions rediriger les demandes de renseignements généraux.							
a) Veuillez fournir le nom et l'adresse actuelle de l' administrateur du régime :							
(i) Nom de l'administrateur du régime _____							
Adresse _____							
Ville	Province	Code postal	Téléphone				
Personne-ressource	Téléphone	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais				
OU							
(ii) Aux soins de _____							
Adresse _____							
Ville	Province	Code postal	Téléphone				
Personne-ressource	Téléphone	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais				
b) S'agit-il d'un changement d'administrateur de régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Le paragraphe 147.1(6) de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> exige que l'administrateur d'un régime de pension soit un résident canadien ou qu'il ait obtenu la permission écrite du ministre d'être un non-résident.							
c) Est-ce qu'une personne qui ne réside pas au Canada est devenue administrateur du régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Dans l'affirmative veuillez remplir la section qui suit : À titre de représentant autorisé de l'administrateur de ce régime de pension, je, _____, (écrire en lettres moulées)							
confirme la capacité de l'administrateur et son engagement à s'acquitter des fonctions et des obligations d'un administrateur et à se conformer à toutes les conditions nécessaires ou imposées par la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> du Canada et son <i>Règlement</i> quant à un régime de pension agréé, y compris la production de déclarations de renseignements, de rapports d'évaluation actuarielle, de facteurs d'équivalence, de facteurs d'équivalence pour services passés et de facteurs d'équivalence rectifiés, au besoin.							
Je confirme aussi que l'administrateur conservera et mettra à la disposition de l'Agence du revenu du Canada (ARC), sur demande, les livres et registres pour examen, soit en les présentant à un bureau des services fiscaux ou en assumant les frais de déplacement d'un agent de l'ARC pour se rendre à l'endroit où se trouvent ces livres et registres.							
Date	Signature	Titre	Téléphone				

d) L'adresse postale où nous devons faire parvenir **toute** correspondance liée au régime de pension, a-t-elle changé?

Oui Non Même adresse que celle de l'administrateur

Dans l'affirmative, veuillez fournir la nouvelle adresse postale :

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

e) L'**administrateur délégué**, a-t-il changé?

Oui Non Il n'y a pas d'administrateur délégué

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de la société ou du particulier à qui l'**administrateur** a délégué les fonctions indiquées.
À noter : si le nom d'une société est fourni, tout représentant de cette société peut exercer les fonctions déléguées.

Nom de l'administrateur délégué			
Adresse			
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

f) Les fonctions de l'**administrateur délégué** ont-elles changé?

Oui Non Il n'y a pas d'administrateur délégué

Dans l'affirmative, veuillez préciser les détails suivants :

Réception et présentation du formulaire T244 ou autre déclaration de renseignements annuelle	Déléguée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature de tous les formulaires (p.ex. le formulaire T920)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature de l'administrateur _____
Signature

(Nécessaire si des changements ont été apportés concernant l'administrateur délégué)

Section 3 – Identification de la modification

a) Date d'entrée en vigueur de la modification
Nota : Si la modification compte plus d'une date d'entrée en vigueur, inscrivez la première des dates, selon l'ordre chronologique.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

b) Numéro de la modification (s'il y a lieu) _____

Section 4 – Renseignements sur l'employeur

a) Le nom du **répondant du régime** a-t-il changé? Oui Non

De _____ À _____

b) A-t-on ajouté ou supprimé un ou plusieurs **employeurs participants** au régime? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de chaque employeur participant ajouté ou supprimé.

Pour chacun d'eux inscrivez les neuf premiers chiffres du numéro d'entreprise (c.-à-d. le numéro du compte au titre duquel l'employeur déduit les cotisations de l'employeur au régime de pension agréé et verse les retenues sur la paie pour le compte de l'Agence de revenu de Canada).

Employeur participant	Numéro d'entreprise	Ajouté	Supprimé
_____	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Énumérez, s'il y a lieu, tout **employeur participant** ajouté ou remplacé supplémentaire à la **section II de l'annexe A**.

Section 5 – Renseignements sur le financement

a) Le **mécanisme de financement** a-t-il changé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la façon dont les prestations seront financées suite à cette modification (cochez toutes les cases applicables) :

- assuré numéro de police d'assurance _____
- en fiducie
- autre (veuillez préciser) _____

b) Le nom ou l'adresse de l'institution financière ou du fiduciaire du mécanisme de financement a-t-il changé? Oui Non

Dans la négative, passez à la section 6.

Dans l'affirmative, veuillez remplir les sections suivantes. S'il s'agit de particuliers fiduciaires, indiquez l'adresse du fiduciaire à qui la correspondance doit être adressée.

(i) Nom			
Adresse			
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Personne-ressource	Téléphone	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Nom du deuxième particulier fiduciaire (s'il y a lieu) _____			
Ce fiduciaire réside-t-il au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom du troisième particulier fiduciaire (s'il y a lieu) _____			
Ce fiduciaire réside-t-il au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Remplissez la section 5b)(ii) uniquement si le régime est maintenant financé par deux mécanismes distincts de financement.

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

Section 6 – Détails du régime

a) Combien de participants acquièrent actuellement des prestations aux termes du régime (**participants actifs**)? _____

Cette modification a-t-elle les conséquences suivantes?

- b) Change-t-elle la formule de calcul ou le **taux d'accumulation** de la disposition à prestations déterminées? Oui Non Il n'y a pas de disposition à **prestations déterminées**
- c) Change-t-elle le **taux de cotisation** de la disposition à **cotisations déterminées**? Oui Non Il n'y a pas de disposition à cotisations déterminées
- d) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle une disposition à **prestations déterminées**? Ajoute Supprime S.O.
- e) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle une disposition à **cotisations déterminées**? Ajoute Supprime S.O.
- f) Provoque-t-elle une **conversion** partielle ou totale du régime? Oui Non
- g) Une **fusion** a-t-elle eu lieu ou aura-t-elle lieu? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro d'agrément de l'autre régime de pension touché : _____

h) Engendre-t-elle une **scission** du régime? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro d'agrément de l'autre régime de pension touché : _____

- i) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle la possibilité de verser des **cotisations facultatives** (CF)? Ajout de CF Suppression de CF Aucun changement
- j) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle des **prestations de raccordement**? Ajoute Suppression Aucun changement
- k) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle des **prestations accessoires optionnelles** dans un **régime de pension flexible**? Ajoute Suppression Aucun changement ou n'est pas un régime de pension flexible
- l) Ajoute-t-elle ou supprime-t-elle l'indexation des prestations à la retraite ? (pour cette question ne tenez pas compte de l'indexation ponctuelle.) Ajoute Suppression Aucun changement
- m) Modifie-t-elle la définition de **services validables** (si le régime comprend une disposition à **prestations déterminées**)? Oui Non Il n'y a pas de disposition à prestations déterminées

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions (i), (ii) et (iii) ci-dessous :

- (i) A-t-on ajouté ou amélioré des services passés? Oui Non S.O.
- (ii) A-t-on ajouté ou amélioré les services passés antérieurs à 1990? Oui Non S.O.
- (iii) A-t-on ajouté ou amélioré des **services à l'étranger**? Oui Non
- n) Modifie-t-elle la définition des **gains** sur lesquels sont fondées les cotisations et/ou les **prestations déterminées**? Oui Non
- o) Rend-elle le régime un **régime interentreprises**? Oui Non
- p) Rend-elle le régime un **régime interentreprises déterminé**? Oui Non
Si la réponse est oui à la question p), présentez la ou les parties de la convention collective concernant le régime de pension.
- q) Rend-elle le régime un **régime désigné**? Oui Non

Section 7 – Personnes rattachées

a) De nouvelles **personnes rattachées** participent-elles au régime? Oui Non
Dans la négative, passez à la section 8.

b) Veuillez fournir les détails suivants pour chaque nouvelle personne rattachée :

Employeur participant

Personne rattachée

Numéro d'assurance sociale

Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser la **section I de l'annexe A**.

Section 8 – Régimes fondés sur un spécimen approuvé

a) Le libellé du régime et/ou le **mécanisme de financement** étaient-ils conformes à un spécimen approuvé avant la modification? Oui Non

b) Le libellé du régime et/ou le mécanisme de financement ont-ils changé, suite à la modification, dans le but de se conformer à un spécimen approuvé ou à un spécimen approuvé différent. Oui Non

Dans la négative, passez à la section 9.

Veuillez remplir la section suivante si le spécimen auquel le libellé du régime ou le **mécanisme de financement** du régime se conforme a changé.

J'atteste que, sauf pour les renseignements sur les variables permises qui accompagnent la demande, le libellé du régime et le mécanisme de financement sont conformes à tous égards au spécimen portant les numéros suivants :

_____ -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'entité qui a obtenu l'approbation du ou des spécimens _____

Nom du **représentant autorisé** de cette entité _____
(Veuillez écrire en lettres moulées)

_____ Date

_____ Signature

_____ Titre

_____ Téléphone

Section 9 – Cessation/terminaison du régime

a) Le régime est-il devenu **inactif**? Oui Non
Dans la négative, passez à la section 10.

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date à laquelle le régime est devenu inactif:

| A | A | A | A | M | M | J | J |

b) Les fonds du régime ont-ils tous été distribués? Oui Non
Dans la négative, passez à la section 9c).

(i) Date de distribution finale des fonds du régime :

| A | A | A | A | M | M | J | J |

(ii) Méthodes utilisées pour effectuer la distribution finale des fonds du régime (cochez toutes les cases pertinentes) :

achat de rentes

transferts en vertu de l'article 147.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*

paiement comptant aux participants

paiement comptant aux employeurs

c) Des prestations additionnelles seront-elles accordées aux participants au moment de la **liquidation**? Oui Non

Section 10 – Attestation

L'**administrateur** du régime, ou l'administrateur délégué (lorsque cette fonction a été déléguée) doit signer l'attestation avant que nous puissions approuver la modification au régime.

À titre de **représentant autorisé** de l'administrateur de ce régime de pension, je, _____, (Veuillez écrire en lettres moulées)

atteste que les renseignements donnés dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. J'atteste également qu'à ma connaissance, le régime est conforme aux articles 147.1, 147.2, 147.3 et 147.4 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et au *Règlement de l'impôt sur le revenu*, qu'il est administré selon les dispositions de ces articles et de ce règlement et que les exemplaires des documents joints sont des **copies conformes des originaux**.

_____ Date

_____ Signature

_____ Titre

_____ Téléphone

Section 11 – 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"/> Proportionnalité |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance | <input type="checkbox"/> Démonstration de la règle de 50 % |
| <input type="checkbox"/> Modification | <input type="checkbox"/> Certificat actuariel |
| <input type="checkbox"/> Résolution(s) du conseil et/ou règlements | <input type="checkbox"/> Preuve de rémunération raisonnable concernant les services antérieurs à la réforme pour les personnes rattachées |
| <input type="checkbox"/> Convention collective (RID) | <input type="checkbox"/> Brochure destinée aux employés (régime de pension flexible), s'il y a lieu |
| <input type="checkbox"/> Feuille de variables de spécimen | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | |

Annexe A

Section I – Personnes rattachées supplémentaires

Veuillez utiliser cette section pour énumérer les nouvelles **personnes rattachées** à un employeur participant si l'espace fourni à la section 7b) est insuffisant :

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

Joindre une feuille supplémentaire comportant tout renseignement additionnel selon le même format au besoin.

Section II – Employeurs participants supplémentaires

Veuillez utiliser cette section pour énumérer les **employeurs participants** ajoutés ou supprimés de ce régime si l'espace fourni à la section 4b) du formulaire est insuffisant :

Employeur participant	Numéro d'entreprise	Ajouté	Supprimé
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Joindre une feuille supplémentaire comportant tout renseignement additionnel selon le même format au besoin.