



BSIF 48PD – Formulaire de demande d’agrément d’un régime de retraite à prestations déterminées

Lire le [Guide d’instructions – Demande d’agrément d’un régime de retraite à prestations déterminées](#) avant de remplir le présent formulaire de demande. Pris conjointement avec la liste de documents figurant à la PARTIE II, ce formulaire de demande sera désigné comme « la demande ».

Le BSIF vous encourage à soumettre votre demande par voie électronique à l’adresse Approvals-Approbations@osfi-bsif.gc.ca.

PARTIE I

Ligne

001 Nom officiel du régime de retraite (le Régime) :

002 Date d’entrée en vigueur du régime : Année _____ Mois ____ Jour ____

003 Fin de l’exercice du régime : Mois ____ Jour ____

004 Type de régime :

- Prestations déterminées (PD)
- Régime combiné (PD-CD)

ET

- a) Régime à employeur unique
Nom de l’employeur _____
Site Web de l’employeur _____
- b) Régime de retraite interentreprises (RRI) ET Régime à cotisations négociées
- c) Régime qui compte plus d’un employeur participant, mais qui n’est pas un RRI
Nom de l’employeur principal _____

Si vous avez coché b) ou c), veuillez donner une liste de tous les employeurs participants et indiquer les coordonnées et le lien vers le site Web de chaque employeur participant.

Employeur participant	Coordonnées (nom, adresse, numéro de téléphone et courriel de la personne-ressource)	Site Web de l’employeur

Employeur participant	Coordonnées (nom, adresse, numéro de téléphone et courriel de la personne-ressource)	Site Web de l'employeur

005 S'agit-il d'un « régime désigné » au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu?

Oui Non

Si vous avez coché « **Oui** », combien de participants sont des « particuliers déterminés », conformément à la définition du *Règlement de l'impôt sur le revenu*? _____

Parmi ces « particuliers déterminés », combien sont des « particuliers rattachés » conformément à la définition du *Règlement de l'impôt sur le revenu*? _____

006 Type d'organisation du ou des employeurs

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Association commerciale ou d'employés | <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle ou société de personnes |
| <input type="checkbox"/> Société d'État | <input type="checkbox"/> Coopérative ou organisme à but non lucratif |
| <input type="checkbox"/> Agent | |
| <input type="checkbox"/> Société constituée : | <input type="checkbox"/> Autre – Veuillez décrire |
| <input type="checkbox"/> privée <input type="checkbox"/> cotée en bourse | _____ |

007 Nom et coordonnées de l'administrateur du régime

Indiquer si l'administrateur du régime est un :

- Employeur(s) Conseil de fiducie Comité des pensions ou organisme semblable

Nom de l'administrateur du régime _____

Nom de la principale personne-ressource _____
(Cette personne n'est pas la même que le tiers administrateur indiqué à la Ligne 009)

Titre _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____ Pays _____

Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

Si le régime est administré par un conseil de fiducie ou un comité des pensions, veuillez dresser une liste de tous les noms et des coordonnées des fiduciaires ou des membres du comité.

Nom	Coordonnées (organisation, adresse, numéro de téléphone et courriel)

008 Nom et coordonnées du tiers administrateur (le cas échéant)

Nom de la personne-ressource _____



Nom de l'organisation _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____ Pays _____

Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

009 Comment le fonds de pension est-il déposé? (cochez les éléments pertinents)

- Contrat avec une société d'assurance – entièrement garanti
- Contrat avec une société d'assurance – non entièrement garanti
- Société de caisse de retraite
- Société de fiducie unique – fonds communs
- Société de fiducie unique – hors fonds communs
- Acte de fiducie (fournir les noms et les adresses des fiduciaires dans le tableau ci-dessous)

Nom du fiduciaire	Coordonnées du fiduciaire (organisation, adresse, numéro de téléphone et courriel)

Autre – _____

010 Nom et coordonnées du dépositaire du fonds de pension (s'il y en a plus d'un, fournir une liste accompagnée des renseignements suivants)

Nom de l'organisation _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____ Pays _____

Code postal _____

N° de police/compte _____

Personne-ressource _____

Téléphone _____ Courriel _____

011 Qui prend les décisions relatives aux placements pour la composante de cotisations déterminées, le cas échéant?

- Employeur
- Participant (désigné comme un « compte accompagné de choix »)

012 Le régime découle-t-il de la division/scission/cessation d'un autre régime de retraite?

Oui Non

Si vous avez coché « **Oui** », fournir les renseignements suivants au sujet du régime précédent :

- Compétence du régime précédent _____
- Nom officiel du régime de retraite _____
- Numéro d'agrément provincial / du BSIF _____



– Numéro d’agrément de l’Agence du revenu du Canada (ARC) _____

Le régime précédent fera-t-il l’objet d’une cessation? Oui Non

L’actif sera-t-il transféré du régime précédent au régime en vigueur?

Oui Non

013 Le régime provient-il d’un transfert d’une autre autorité gouvernementale?

Oui Non

Si vous avez coché « **Oui** », veuillez fournir les renseignements suivants :

- Transfert en provenance de _____
- Numéro d’agrément provincial _____
- Date d’effet du transfert _____

014 Avez-vous déposé une demande d’agrément de ce régime auprès de l’Agence du revenu du Canada?

Oui Non

Si le régime est agréé, veuillez fournir le numéro d’agrément de l’Agence du revenu du Canada : _____

015 Le régime est-il établi en vertu d’une convention collective?

Oui Non

Si vous avez coché « **Oui** », veuillez fournir les renseignements suivants :

Agent négociateur / syndicat responsable de la négociation collective	Date d’expiration de la convention collective en vigueur

Les taux de cotisation au régime sont-ils fixés dans la convention collective?

Oui Non

016 Renseignements à fournir aux participants

Une copie de l’explication écrite des modalités du régime a-t-elle été remise à tous les employés admissibles et à leur époux ou conjoint de fait? Une copie de leurs droits et devoirs leur a-t-elle aussi été fournie? Oui Non

Si vous avez coché « **Oui** », indiquez la date à laquelle les participants ont reçu ces renseignements.

Année _____ Mois ____ Jour ____

Si vous avez répondu « **Non** », veuillez expliquer :

017 Veuillez indiquer les sections du libellé du régime qui portent sur le traitement de l’excédent :

a) pendant la durée de vie du régime _____

b) à la date de cessation du régime _____

018 Nature des activités – Emploi inclus

(veuillez consulter le Guide d’instructions pour obtenir de plus amples renseignements avant de choisir une catégorie)

Veuillez fournir des renseignements sur la nature des activités de l’organisation et donnez la

raison pour laquelle elles appartiennent à une des catégories d'emploi inclus ci-dessous :

Indiquez la catégorie appropriée (ne cocher qu'une case) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Navigation et expédition | <input type="checkbox"/> Banque à charte |
| <input type="checkbox"/> Opérations portuaires | <input type="checkbox"/> Minoterie, provenderie ou traiteur de semences |
| <input type="checkbox"/> Transport ferroviaire | <input type="checkbox"/> Énergie atomique |
| <input type="checkbox"/> Transport aérien | <input type="checkbox"/> Exploitation minière de l'uranium |
| <input type="checkbox"/> Transport routier | <input type="checkbox"/> T.-du-N.-O., Nunavut et/ou Yukon |
| <input type="checkbox"/> Radio et/ou télédiffusion | <input type="checkbox"/> Pipelines interprovinciaux |
| <input type="checkbox"/> Communications téléphoniques et autres | <input type="checkbox"/> Pont international |
| <input type="checkbox"/> Autre – Veuillez décrire : _____ | <input type="checkbox"/> Autochtones |

019 Adhésion au régime de retraite

(se reporter au Guide d'instructions pour de plus amples renseignements)

Lieu d'emploi	001 Homme	002 Femme	003 Emploi inclus
Participants			
Terre-Neuve-et-Labrador			
Île-du-Prince-Édouard			
Nouvelle-Écosse			
Nouveau-Brunswick			
Québec			
Ontario			
Manitoba			
Saskatchewan			
Alberta			
Colombie-Britannique			
Yukon			
Territoires du Nord-Ouest			
Nunavut			
Extérieur du Canada			
Nombre total de participants			
Autres bénéficiaires			
Total général			

020 Si la participation au régime est obligatoire, les employés admissibles ont-ils tous adhéré au régime à compter de la date d'entrée en vigueur?

- Oui Non

Si vous avez répondu « Non », veuillez expliquer : _____

021 Les cotisations patronales et salariales exigibles depuis la date d'entrée en vigueur du régime ont-elles toutes été versées au fonds de pension?

- Oui Non

Si vous avez répondu « Non », veuillez expliquer : _____

022 Préférez-vous recevoir la correspondance en : Français Anglais



PARTIE II

Ligne

023 Documents requis

- Texte ou règlements administratifs du régime
- Résolution d'un conseil d'administration ou d'un conseil de bande constituant le régime¹
- Brochure du salarié
- Contrat d'assurance / acte de fiducie (particuliers fiduciaires ou sociétés de fiducie) ou autre instrument de garde
- Rapport actuariel initial et Sommaire des renseignements actuariels (SRA)
- Accord réciproque de transfert (s'il y a lieu)

Si un de ces documents n'accompagne pas la demande, veuillez fournir une explication et/ou un échéancier concernant la production des documents manquants

024 Autres documents (*le cas échéant*)

- Convention(s) collective(s) (si le régime est établi en vertu d'une convention collective)
Veuillez indiquer les sections pertinentes : _____
- Modifications apportées, le cas échéant, à l'un ou l'autre des documents d'appui

¹ Une résolution d'un conseil d'administration ou d'un conseil de bande constituant un régime de retraite individuel dans le cadre duquel le participant n'est pas le seul propriétaire de la société ne peut pas être signée par celui-ci.

PARTIE III

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Je _____, DÉCLARE QU' à ma connaissance, les renseignements ci-dessous sont véridiques et exacts :

1. Je suis signataire dûment autorisé de l'employeur ou je fais partie d'un conseil de fiducie ou d'un organisme semblable ou d'un comité des pensions qui fait office d'administrateur du **(le nom officiel du régime de retraite**

_____)
ci-après désigné « le régime » et je sou mets par la présente une demande d'agrément du régime en vertu de la *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension*;

2. Le régime, y compris tous les documents constitutifs ou à l'appui du régime ou du fonds de pension, est conforme à la *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension* et à son Règlement. Si le régime comprend des participants dont l'emploi ne s'inscrit pas dans l'emploi inclus et que leurs prestations sont assujetties à la législation provinciale sur les régimes de retraite, les prestations de ces participants en vertu des modalités du régime, y compris tous les documents qui créent ou appuient le régime ou du fonds de pension, sont conformes aux dispositions de la législation sur les régimes de retraite de ces autres instances.

3. En ce qui a trait aux composantes du portefeuille de placements ou des prêts autres que ceux qui se rapportent à un compte accompagné de choix, un énoncé des politiques et procédures de placement a été préparé et adopté le _____; cet énoncé est conforme aux exigences de la *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension* et de son Règlement.

Signé ce _____ jour de _____, 20____, dans la ville de _____
dans la province / l'État de _____

Agent autorisé de l'administrateur du régime
(EN LETTRES MOULÉES)

Signature

Titre ou poste