



# BSIF 48CD – Formulaire de demande d’agrément d’un régime de retraite à cotisations déterminées

Lire le [Guide d'instructions – Demande d'agrément d'un régime de retraite à cotisations 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](mailto: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

- a)  Régime à employeur unique  
 Nom de l’employeur \_\_\_\_\_  
 Site Web de l’employeur \_\_\_\_\_
- b)  Régimes de retraite interentreprises (RRI)
- 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

**005 Type d'organisation du ou des employeurs**

- Association commerciale ou d'employés       Entreprise individuelle ou société de personnes
- Société d'État  
 Agent       Coopérative ou organisme à but non lucratif
- Société constituée :  
 privée    cotée en bourse       Autre – Veuillez décrire \_\_\_\_\_

**006 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 007)

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)

**007 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 \_\_\_\_\_

**008 Comment le fonds de pension est-il déposé? (Cochez tout ce qui s'applique)**

- Contrat avec une société d'assurance – entièrement assuré ou garanti  
 Contrat avec une société d'assurance – non entièrement assuré ou 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 / adresses des fiduciaires dans le tableau ci-dessous)

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

Autre – \_\_\_\_\_

**009 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 \_\_\_\_\_

**010 Qui prend les décisions relatives aux placements pour le fonds de pension?**

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

**011 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

**012 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 \_\_\_\_\_

**013 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 : \_\_\_\_\_

**014 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

**015 Renseignements à fournir aux participants**

Des explications écrites des modalités du régime ont-elles été remises 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 :

\_\_\_\_\_

**016 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 :<br>_____    | <input type="checkbox"/> Autochtones                                    |

**017 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
<b>Participants</b>			
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			
<b>Nombre total de participants</b>			
<b>Autres bénéficiaires</b>			
<b>Total général</b>			

**018 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 :

---

**019 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 :

---

**020 Préférez-vous recevoir la correspondance en :**  Français  Anglais

## PARTIE II

Ligne

### 021 Documents requis

- Texte ou règlements administratifs du régime
- Résolution d'un conseil d'administration ou d'un conseil de bande constituant le régime<sup>1</sup>
- Brochure du salarié
- Contrat d'assurance / acte de fiducie (particuliers fiduciaires ou sociétés de fiducie) ou autre instrument de garde
- Certificat de coûts

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

---

### 022 Autres documents (le cas échéant)

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

---

<sup>1</sup> 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 de prêts autres que ceux qui se rapportent à un compte accompagné de choix d'un participant, 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