

# Demande d'agrément d'un régime à titre de régime de pension agréé collectif

**Protégé B**  
une fois rempli

À titre d'**administrateur** d'un régime, vous devez remplir ce formulaire lorsque vous demandez l'agrément d'un régime (le « régime ») comme un régime de pension agréé collectif en vertu du paragraphe 147.5(1) de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Remplir ce formulaire rencontre aussi, pour l'administrateur, les modalités prévues au paragraphe 12(2) de la *Loi sur les régimes de pension agréés collectifs*.

Faites nous parvenir un exemplaire de ce formulaire dûment rempli accompagné des **copies certifiées** des documents suivants :

- Le libellé du régime et autres documents qui contiennent les modalités du régime;
- Les actes de fiducie, contrats d'assurance, conventions et autres documents qui créent ou appuient le régime.

S'il vous faut plus d'espace pour nous fournir les renseignements demandés, veuillez joindre les renseignements sur des feuilles supplémentaires, au besoin.

**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. Envoyez les documents aux adresses suivantes :**

Agence du revenu du Canada  
Direction des régimes enregistrés  
Ottawa ON K1A 0L5

Bureau du surintendant des institutions financières  
255 rue Albert  
Ottawa ON K1A 0H2

Pour en savoir plus les termes utilisés dans ce formulaire, visitez les sites Web suivants :

[www.arc.gc.ca/dre](http://www.arc.gc.ca/dre)

[www.osfi-bsif.gc.ca](http://www.osfi-bsif.gc.ca)

Ou en communiquant avec nous, selon le cas, au :

Agence du revenu du Canada Dans la région d'Ottawa-Gatineau : **613-954-0930**  
Sans frais partout au Canada : **1-800-267-5565**  
Télécopieur : 613-954-0199

Bureau du surintendant des institutions financières Dans la région d'Ottawa-Gatineau : **613-943-3950**  
Sans frais partout au Canada : **1-800-385-8647**  
Télécopieur : 613-990-7394  
Courrier électronique : [information@osfi-bsif.gc.ca](mailto:information@osfi-bsif.gc.ca)

(Veuillez dactylographier ou écrire en lettres moulées)

| Section 1 – Identification du régime   |                       |             |  |                                     |
|--|-----------------------|-------------|--|-------------------------------------|
| Date d'entrée en vigueur du régime   | Y   Y   Y   Y         | M   M       | D   D  | N'inscrivez rien dans cette section |
| Nom du régime  |                       |             |  |                                     |
| Fin d'exercice du régime   | Y   Y   Y   Y         | M   M       | D   D  |                                     |
| Section 2 – Administration du régime   |                       |             |  |                                     |
| Administrateur tel que défini au paragraphe 147.5(1) de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> et au paragraphe 2(1) de la <i>Loi sur les régimes de pension agréés collectifs</i> .               |                       |             |  |                                     |
| Date où la société a reçu un permis à titre d'administrateur de RPAC :   Y   Y   Y   Y     M   M     D   D   |                       |             |  |                                     |
| L'administrateur du régime est une (cochez un choix) <input type="checkbox"/> Institution de dépôts <input type="checkbox"/> Société d'assurance <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____ |                       |             |  |                                     |
| Nom  |                       |             |  |                                     |
| Adresse  |                       |             |  |                                     |
| Ville  | Province              | Code postal | Téléphone  |                                     |
| Signataire autorisé  | Courrier électronique |             | Langue de correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |                                     |
| Section 3 – Mécanisme de financement   |                       |             |  |                                     |
| Indiquez le ou les mécanismes de financement des prestations et remplir les sections applicables :   |                       |             |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance<br><input type="checkbox"/> Convention de fiducie<br><input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____  |                       |             |  |                                     |

| <b>Société d'assurance</b>  |                       |   |  |
|---|-----------------------|---|--|
| Nom de l'assureur   |                       | Numéro de la police d'assurance (si applicable) |  |
| Adresse   |                       |   |  |
| Ville   | Province              | Code postal<br>                                 | Téléphone  |
| Personne-ressource  | Courrier électronique |   | Langue de correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| <b>Société de fiducie</b>   |                       |   |  |
| Nom du fiduciaire   |                       |   |  |
| Adresse   |                       |   |  |
| Ville   | Province              | Code postal<br>                                 | Téléphone  |
| Personne-ressource  | Courrier électronique |   | Langue de correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| <b>Autre</b>  |                       |   |  |
| Nom de l'autre entité   |                       |   |  |
| Adresse   |                       |   |  |
| Ville   | Province              | Code postal<br>                                 | Téléphone  |
| Personne-ressource  | Courrier électronique |   | Langue de correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| <b>Section 4 – Information concernant les dispositions projetées du régime</b>  |                       |   |  |
| Est-ce que le régime permet aux participants de faire les choix de placement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                       |   |  |
| Si les participants peuvent faire les choix de placement, fournir les informations pour chaque option de placement offerte.             |                       |   |  |
| <b>Option par défaut</b>  |                       |   |  |
| Description de la catégorie de fonds  |                       |   |  |
| Gestionnaire de fonds proposé   |                       | Coût estimé                                     |  |
| <b>Autre option de placement</b>  |                       |   |  |
| Description de la catégorie de fonds  |                       |   |  |
| Gestionnaire de fonds proposé   |                       | Coût estimé                                     |  |
| <b>Autre option de placement</b>  |                       |   |  |
| Description de la catégorie de fonds  |                       |   |  |
| Gestionnaire de fonds proposé   |                       | Coût estimé                                     |  |

**Autre option de placement**

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Description de la catégorie de fonds |             |
| Gestionnaire de fonds proposé        | Coût estimé |

**Autre option de placement**

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Description de la catégorie de fonds |             |
| Gestionnaire de fonds proposé        | Coût estimé |

**Autre option de placement**

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Description de la catégorie de fonds |             |
| Gestionnaire de fonds proposé        | Coût estimé |

**Section 5 – Attestation de conformité**

Je, \_\_\_\_\_, déclare qu'à ma connaissance, les renseignements présentés  
(Veuillez écrire en lettres moulées le nom du signataire autorisé de l'administrateur du régime)  
sont véridiques et exacts.

1. Je suis signataire dûment autorisé de l'administrateur du \_\_\_\_\_ désigné ci-après  
(nom du régime de pension agréé collectif)  
« le régime »; et par la présente je demande l'agrément pour le régime en vertu de la *Loi sur les régimes de pension agréés collectifs* et en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.
2. Le régime, incluant tous les documents qui créent ou appuient le régime, est conforme à la *Loi sur les régimes de pension agréés collectifs* et à son règlement d'application; et le régime est administré conformément à l'article 147.5 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.
3. Les exemplaires des document joints sont des copies conformes des originaux.

\_\_\_\_\_  
Date de la signature                                  Signature du signataire autorisé de l'administrateur du régime

\_\_\_\_\_  
Position du signataire autorisé                                  Téléphone du signataire autorisé