

FORM 1
APPLICATION FOR REGISTRATION
OF A PENSION PLAN
(General Regulation -
Pension Benefits Act, s.4(1))

FORMULE 1
DEMANDE D'ENREGISTREMENT
D'UN RÉGIME DE PENSION
(Règlement général -
Loi sur les prestations de pension, art. 4(1))

1 Name of administrator of the plan _____

1 Nom de l'administrateur du régime _____

2 Mailing address _____
_____ postal code _____
telephone number _____

2 Adresse postale _____
_____ code postal _____
numéro de téléphone _____

3 Name of pension plan to which this application relates
_____ the "plan"

3 Nom du régime de pension auquel la présente demande
se rapporte _____ le «régime»

4 The administrator is (*Check and complete one.*)

4 L'administrateur est (*Cochez une case et remplissez-la.*)

an employer or employers. Name(s)

un employeur ou des employeurs.
Nom(s) _____

a pension committee *or* a board of trustees. If
checking either of these boxes, attach a sheet indi-
cating the names, mailing addresses and telephone
numbers of each member and whether the member
is a representative of

un comité des pensions *ou* un conseil des fidu-
ciaires. Si vous cochez l'une ou l'autre de ces cases,
veuillez annexer une feuille mentionnant les noms,
les adresses postales et les numéros de téléphone de
chaque membre du comité ou du conseil et si le
membre est un représentant

(a) the employer(s),

a) de(s) l'employeur(s),

(b) any other person required to make contributions
under the plan on behalf of an employer,

b) de toute autre personne tenue de cotiser en vertu du
régime au nom d'un employeur,

(c) the members of the plan, or

c) des participants au régime, ou

(d) other. (*Describe.*)

d) autre. (*Précisez.*)

an insurance company.

une compagnie d'assurance.

a person, board, agency or commission made
responsible under an Act of the Legislature for the
administration of the plan. If checking this box,
attach a list of the names, mailing addresses and
telephone numbers of each member.

une personne, un conseil, un organisme ou une
commission responsable en vertu d'une loi de la
Législature de l'administration du régime. Si vous
cochez la présente case, veuillez annexer la liste
des noms, des adresses postales et des numéros de
téléphone de chaque membre de ce conseil, de cet
organisme ou de cette commission.

5 For each employer who is required to make contributions
to the plan or who has employees who are members of the
plan, attach a sheet containing the following information:

5 Pour chaque employeur tenu de verser des cotisations au
régime ou qui a des salariés qui sont des participants au régi-
me, veuillez annexer une feuille comprenant les renseigne-
ments suivants:

(a) the name, mailing address and telephone number of
the employer;

a) le nom, l'adresse postale et le numéro de téléphone
de l'employeur;

(b) whether the employer is

b) à savoir si l'employeur est

- (i) a sole proprietorship,
- (ii) a partnership,
- (iii) an affiliated body corporate within the meaning of subsection 1(2) of the *Business Corporations Act*,
- (iv) a corporation,
- (v) a municipal government or agency,
- (v.1) a rural community government or agency,
- (vi) a provincial government or agency, or
- (vii) other; (*Describe.*)

(c) the main activity of the employer; and

(d) the nature of the business of the employer, including employment relating to the operation of any work, undertaking or enterprise within the authority of federal legislation, including

- (i) air, water or railway transport,
- (ii) interprovincial trucking,
- (iii) radio, television or telegraph transmission,
- (iv) employment in the Northwest Territories or Yukon Territory,
- (v) chartered banks,
- (vi) atomic energy,
- (vii) flour, feed or seed mills,
- (viii) grain elevators, and
- (ix) other. (*Describe.*)

6 Date on which the plan is established _____

7 Date of pension plan year end _____

8 Is the plan a creation of or supported by a collective agreement? [] Yes [] No If yes, attach a copy of the agreement.

9 Are there any other pension plans already established by any of the employer(s) of which any members are employed in New Brunswick? [] Yes [] No If yes, attach a sheet containing the following information:

- (i) un propriétaire unique,
- (ii) une société en nom collectif,
- (iii) un corps constitué affilié au sens du paragraphe 1(2) de la *Loi sur les corporations commerciales*,
- (iv) une corporation,
- (v) un gouvernement ou organisme municipal,
- (v.1) un gouvernement ou organisme d'une communauté rurale,
- (vi) un gouvernement ou organisme provincial, ou
- (vii) autre; (*Précisez.*)

c) l'activité principale de l'employeur; et

d) la nature des affaires de l'employeur, y compris l'emploi relativement à l'exploitation d'un travail, d'une tâche ou d'une entreprise sous l'autorité d'une législation fédérale, y compris

- (i) le transport par air, eau ou voie ferrée,
- (ii) le camionnage interprovincial,
- (iii) la transmission par radio, télévision ou télégraphe,
- (iv) l'emploi dans les territoires du Nord-Ouest ou le territoire du Yukon,
- (v) les banques à charte,
- (vi) l'énergie atomique,
- (vii) les usines de farine, d'aliments ou de semences,
- (viii) les silos à céréales, et
- (ix) autres. (*Précisez.*)

6 Date à laquelle le régime est établi _____

7 Date de fin d'année du régime de pension _____

8 Le régime est-il créé par une convention collective ou appuyé par celle-ci? [] Oui [] Non Dans l'affirmative, veuillez annexer une copie de la convention collective.

9 Y a-t-il d'autres régimes de pension qui étaient déjà établis par un employeur ou des employeurs de participants qui sont employés au Nouveau-Brunswick? [] Oui [] Non Dans l'affirmative, veuillez annexer une feuille contenant les renseignements suivants:

- (a) the name of each plan;
- (b) the name(s) of the employer(s) for each plan;
- (c) the registration number on the acknowledgment of registration of each plan;
- (d) the name of the government with which each plan is registered; and
- (e) the number of members in each plan who are employed in New Brunswick.

10 Is this pension plan established as a result of (*Check any applicable box.*)

- the sale, assignment or disposition of all or part of an employer's business or all or part of the assets of an employer's business,
- a merger of two or more pension plans of the employer(s),
- a conversion of a previous pension plan from
 - (a) a defined benefit plan to a defined contribution plan, or
 - (b) a defined contribution plan to a defined benefit plan,
- the splitting of a previous pension plan into two or more pension plans, or
- the cessation of the making of contributions by the employer to a previous pension plan.

If checking any box above, attach a sheet containing the following information:

- (a) the name of each previous plan;
- (b) the registration number on the acknowledgment of registration of each previous plan;
- (c) the name of the jurisdiction with which each previous plan is registered; and
- (d) an explanation of the current status of each previous plan.

11(1) Are the benefits provided for in the plan guaranteed by an insurance company? Yes No
If no, the administrator of the plan must ensure that a pen-

- a) le nom de chaque régime;
- b) le(s) nom(s) de l'employeur ou des employeurs pour chaque régime;
- c) le numéro d'enregistrement sur le récépissé d'enregistrement de chaque régime;
- d) le nom du gouvernement auprès duquel chaque régime est enregistré; et
- e) le nombre de participants pour chaque régime qui sont employés au Nouveau-Brunswick.

10 Ce régime de pension est-il établi en conséquence (*Cochez toute case qui s'applique.*)

- de la vente, de la cession ou de la disposition totale ou partielle des affaires d'un employeur ou totale ou partielle des éléments d'actif des affaires d'un employeur,
- d'une fusion de deux régimes de pension ou plus de(s) l'employeur(s),
- de la conversion d'un régime de pension antérieur
 - a) d'un régime de prestation déterminée à un régime à cotisation déterminée, ou
 - b) d'un régime à cotisation déterminée à un régime de prestation déterminée,
- de la séparation d'un régime de pension antérieur en deux régimes de pension ou plus, ou
- de la cessation du versement des cotisations par l'employeur à un régime de pension antérieur.

Si vous cochez une case ci-dessus, veuillez annexer une feuille comprenant les renseignements suivants:

- a) le nom de chaque régime antérieur;
- b) le numéro d'enregistrement sur le récépissé d'enregistrement de chaque régime antérieur;
- c) le nom de l'autorité législative dans laquelle chaque régime antérieur est enregistré; et
- d) une explication au sujet de l'état en cours de chaque régime antérieur.

11(1) Les prestations assurées au régime sont-elles garanties par une compagnie d'assurance? Oui Non.
Dans la négative, l'administrateur du régime doit s'assurer

sion fund is established and must provide with this application to the Superintendent the following information:

- (a) the name of the fund; and
- (b) the name, mailing address and telephone number of the administrator of the fund and, if the administrator is not the custodian of the assets of the fund, of the custodian.

11(2) The name of the actuary of the plan or firm employing such actuary, if any, is _____

 mailing address _____
 _____ postal code _____

12(1) Attach a sheet containing the following information as of the date of commencement of section 10 of the Act, if the plan was established before that date, or, if established on or after that date, as of the date on which the plan was established:

- (a) by the province or territory of employment
 - (i) the number of members,
 - (ii) the number of male members, and
 - (iii) the number of female members; and
- (b) the number of former members, specifying the number of males and of females.

12(2) The amount of the registration fee payable, as prescribed by regulation, is \$ _____

NOTE:

This application shall be accompanied by the prescribed fee and by all documents and information required under section 10 of the *Pension Benefits Act* and under section 4 of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

Dated the _____ day of _____, 19 _____

_____	_____
signature	signature
_____	_____
name of applicant	title
_____	_____
mailing address	telephone number

qu'un fonds de pension soit établi et doit fournir avec la présente demande au surintendant les renseignements suivants :

- a) le nom du fonds; et
- b) le nom, l'adresse postale et le numéro de téléphone de l'administrateur du fonds et, si l'administrateur n'est pas le gardien des éléments d'actif du fonds, du gardien.

11(2) Le nom de l'actuaire du régime ou de l'entreprise qui emploie cet actuaire, s'il y a lieu, est _____

 adresse postale _____
 code postal _____

12(1) Veuillez annexer une feuille comprenant les renseignements suivants, à la date de l'entrée en vigueur de l'article 10 de la Loi, si le régime a été établi avant cette date, ou, s'il a été établi à cette date même ou après, à la date à laquelle le régime a été établi:

- a) par la province ou le territoire d'emploi
 - (i) le nombre de participants,
 - (ii) le nombre de participants de sexe masculin, et
 - (iii) le nombre de participants de sexe féminin; et
- b) le nombre d'anciens participants, en spécifiant le nombre de sexe masculin et de sexe féminin.

12(2) Le montant des droits d'enregistrement à verser, tel que prescrit par règlement, est de _____ \$

REMARQUE:

La présente demande doit être accompagnée du droit prescrit et de tous les documents et renseignements exigés en vertu de l'article 10 de la *Loi sur les prestations de pension* et en vertu de l'article 4 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

Fait le _____ 19 _____

_____	_____
signature	signature
_____	_____
nom du demandeur	titre
_____	_____
adresse postale	numéro de téléphone

DECLARATION

I, _____, of the _____ of _____, in the _____ of _____, do solemnly declare that:

- 1 I am the person who subscribed the foregoing application for registration of a pension plan.
- 2 I am applying for registration of the pension plan identified above under section 10 of the *Pension Benefits Act* and under any other applicable legislation.
- 3 I am authorized to make this application on behalf of _____, the administrator of the plan.
- 4 The information given in the foregoing application and any additional documentation and information that accompanies it, is attached to it or is otherwise provided at the request of the Superintendent in connection with it is true and complete to my own knowledge and belief and no information material to the foregoing application has been omitted.

And I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared before me _____
at _____
this _____ day of _____, 19____

signature of declarant

* A Notary Public in and for the _____ of _____
or A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

2002, c.12, s.32; 2005-81

DÉCLARATION

Je soussigné(e), _____, de _____ de _____, dans _____ de _____, déclare solennellement que:

- 1 Je suis la personne qui a souscrit à la demande d'enregistrement du régime de pension qui précède.
- 2 Je demande l'enregistrement du régime de pension identifié ci-dessus en vertu de l'article 10 de la *Loi sur les prestations de pension* et en vertu de toute autre législation applicable.
- 3 Je suis autorisé à faire la présente demande au nom de _____, l'administrateur du régime.
- 4 Les renseignements donnés à la demande qui précède et tous les documents et renseignements additionnels qui l'accompagnent, qui sont annexés ou autrement fournis à la demande du surintendant en rapport avec cette demande, sont vrais et complets selon ce que je sais et crois personnellement et nul renseignement important relatif à la demande qui précède n'a été omis.

Et je fais la présente déclaration solennelle la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Déclaré devant moi _____
à _____
ce _____ 19____

signature du déclarant

* Notaire dans et pour la _____ de _____
ou Commissaire aux serments* en ma qualité d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

2002, c.12, art.32; 2005-81

FORM 2**APPLICATION FOR REGISTRATION OF AMENDMENT TO PENSION PLAN***(General Regulation - Pension Benefits Act, s.5(1))***1** Name of pension plan _____
the "plan"Registration number on the acknowledgment of registration
_____**2** Name of the administrator of the plan _____
_____ mailing
address _____
_____ postal code _____**3** Briefly describe below the amendment to be registered:**4** The date on which the amendment is to be made effective
is _____**5** Will the amendment*(a)* affect the normal cost of the plan?
 Yes No*(b)* create a solvency deficiency?
 Yes No*(c)* create an actuarial loss?
 Yes No*(d)* otherwise affect the solvency or funding of the plan?
 Yes No*(If any answer above is yes, attach particulars.)***6** Will the amendment reduce*(a)* the amount or the commuted value of a pension benefit accrued under the plan with respect to employment before the effective date of the amendment? Yes
 No**FORMULE 2****DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UNE MODIFICATION AU RÉGIME DE PENSION***(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art. 5(1))***1** Nom du régime de pension _____
le «régime»Numéro d'enregistrement sur le récépissé d'enregistrement
_____**2** Nom de l'administrateur du régime _____
_____ adresse postale

code postal _____**3** Décrivez brièvement ci-dessous la modification à enregistrer:**4** La date à laquelle la modification doit être mise en vigueur est _____**5** La modification*a)* affectera-t-elle le coût ordinaire du régime?
 Oui Non*b)* créera-t-elle un déficit de solvabilité?
 Oui Non*c)* créera-t-elle une perte actuarielle?
 Oui Non*d)* affectera-t-elle autrement la solvabilité ou le financement du régime? Oui Non*(Si la réponse est affirmative à une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez en donner les détails en annexe.)***6** La modification réduira-t-elle*a)* le montant ou la valeur de rachat d'une prestation de pension accumulée en vertu du régime relativement à l'emploi avant la date d'entrée en vigueur de la modification?
 Oui Non

(b) the amount or the commuted value of a pension or a deferred pension accrued under the plan? [] Yes [] No

(c) the amount or the commuted value of an ancillary benefit that a member or former member is receiving or for which a member has satisfied all eligibility conditions at the effective date of the amendment? [] Yes [] No

(If any answer above is yes, attach particulars.)

NOTE:

(a) This application shall be accompanied by the prescribed fee and by all documents and information required under section 11 and subsection 24(1) of the *Pension Benefits Act* and under section 5 of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

(b) If the amendment affects the solvency or funding of the plan, this application shall be accompanied by a cost certificate in accordance with paragraph 5(1)(b) of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

Dated the _____ day of _____, 19____

_____ signature

_____ name of applicant

_____ title

_____ mailing address

_____ telephone number

DECLARATION

I, _____, of the _____ of _____, in the _____ of _____, do solemnly declare that:

1 I am the person named in, and who subscribed, the foregoing application for registration of an amendment to a pension plan.

2 I am applying for registration of an amendment to the pension plan identified above under the *Pension Benefits Act* and under any other applicable legislation.

b) le montant ou la valeur de rachat d’une pension ou d’une pension différée accumulée en vertu du régime? [] Oui [] Non

c) le montant ou la valeur de rachat d’une prestation accessoire qu’un participant ou ancien participant reçoit ou pour laquelle un participant a rempli toutes les conditions d’admissibilité à la date d’entrée en vigueur de la modification? [] Oui [] Non

(Si la réponse est affirmative à une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez en donner les détails en annexe.)

REMARQUE:

a) La présente demande doit être accompagnée du droit prescrit et de tous les documents et renseignements exigés en vertu de l’article 11 et du paragraphe 24(1) de la *Loi sur les prestations de pension* et en vertu de l’article 5 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

b) Si la modification affecte la solvabilité ou le financement du régime, la présente demande doit être accompagnée d’un certificat attestant des coûts conformément à l’alinéa 5(1)b) du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

Fait le _____ 19____

_____ signature

_____ nom du demandeur

_____ titre

_____ adresse postale

_____ numéro de téléphone

DÉCLARATION

Je soussigné(e), _____, de _____ de _____, dans _____ de _____, déclare solennellement que:

1 Je suis la personne mentionnée à la demande d’enregistrement d’une modification à un régime de pension qui précède, et j’ai souscrit à cette demande.

2 Je demande l’enregistrement d’une modification au régime de pension identifié ci-dessus en vertu de la *Loi sur les prestations de pension* et en vertu de toute autre législation applicable.

3 I am authorized to make this application on behalf of _____, the administrator of the plan.

4 Any person entitled to notice of this application has been given notice as required.

5 The information given in the foregoing application and any additional documentation and information that accompanies it, is attached to it or is otherwise provided at the request of the Superintendent in connection with it is true and complete to my own knowledge and belief and no information material to the foregoing application has been omitted.

And I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 19____

signature of declarant

* A Notary Public in and for the _____ of _____

or

A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

2002, c.12, s.32

3 Je suis autorisé à faire la présente demande au nom de _____, l'administrateur du régime.

4 Toute personne qui a droit à un avis de la présente demande a été avisée tel qu'exigé.

5 Les renseignements donnés à la demande qui précède et tous les documents et renseignements additionnels qui l'accompagnent, qui sont annexés ou autrement fournis à la demande du surintendant en rapport avec cette demande, sont vrais et complets selon ce que je sais et crois personnellement et nul renseignement important relatif à la demande qui précède n'a été omis.

Et je fais la présente déclaration solennelle la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur probante et les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Déclaré devant moi _____ à _____ ce _____ 19____

signature du déclarant

* Notaire dans et pour la _____ de _____

ou

Commissaire aux serments* en ma qualité d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

2002, c.12, art.32

FORM 3**ANNUAL INFORMATION RETURN**
(General Regulation - Pension Benefits Act, s.7(1))**1** Name of administrator of the plan _____
_____**2** Mailing address _____
_____ postal code _____
telephone number _____**3** If the administrator is a pension committee, board of trustees or board, agency or commission made responsible by an Act of the Legislature for the administration of the pension plan, attach a list of the names, mailing addresses and telephone numbers of each member of the committee, board, agency or commission.**4** Name of pension plan _____
the "plan"Registration number on the acknowledgment of registration
_____**5** Location of books and records, same as above [], or:

Street

Community Province**6** Attach a list of the names, mailing addresses and telephone numbers of each participating employer.**7** How many employers participated in the plan as of the last day of the pension plan year under review? _____**8** Describe below any changes made to the list of participating employers since completion of the annual information return most recently filed with the Superintendent:**9(1)** The last day of the pension plan year under review is _____**9(2)** The number of months in the pension plan year under review is _____**9(3)** Has the pension plan year been changed since completion of the most recently filed annual information return?
[] Yes [] No**FORMULE 3****RAPPORT ANNUEL DE RENSEIGNEMENTS**
(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art. 7(1))**1** Nom de l'administrateur du régime _____
_____**2** Adresse postale _____
_____ code postal _____
numéro de téléphone _____**3** Si l'administrateur est un comité des pensions, un conseil des fiduciaires ou un conseil, un organisme ou une commission responsable en vertu d'une loi de la Législature pour l'administration du régime de pension, veuillez annexer une liste des noms, des adresses postales et des numéros de téléphone de chaque membre du comité, du conseil, de l'organisme ou de la commission.**4** Nom du régime de pension _____
le «régime»Numéro d'enregistrement sur le récépissé d'enregistrement
_____**5** Endroit où se trouvent les livres et les dossiers, identique à l'adresse susmentionnée [], ou:

rue

Région Province**6** Veuillez annexer une liste des noms, des adresses postales et des numéros de téléphone de chaque employeur participant.**7** Combien d'employeurs ont participé au régime au dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification? _____**8** Décrivez ci-dessous tous changements faits à la liste des employeurs participants depuis l'achèvement du rapport annuel de renseignements le plus récemment déposé auprès du surintendant:**9(1)** Le dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification est _____**9(2)** Le nombre de mois que comporte l'année du régime de pension sous vérification _____**9(3)** L'année du régime de pension a-t-elle été changée depuis l'achèvement du rapport annuel de renseignements le plus récemment déposé?
[] Oui [] Non

9(4) If the answer to subsection (3) is yes, has the change been authorized by the Superintendent?

[] Yes [] No

9(5) If the answer to subsection (4) is no, attach an application in accordance with section 11 of the *Pension Benefits Act* and section 5 of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

10 Attach a sheet containing the following information:

(a) respecting members of the plan

(i) the number of members as of the last day of the previous plan year _____

(ii) the number of persons who became members of the plan during the pension plan year under review _____

(iii) total of (i) and (ii) _____

(iv) the number of members who ceased to be members during the pension plan year under review as a result of

(A) termination of employment _____

(B) retirement _____

(C) death _____

(D) withdrawal of a participating employer _____

(E) other _____

(v) total of (A), (B), (C), (D) and (E) _____

(vi) number of members as of the last day of the pension plan year under review (total (iii) minus total (v)) _____

(b) respecting former members of the plan and persons entitled to benefits or payments under the plan

(i) as of the last day of the previous pension plan year

(A) the number of persons entitled to receive a deferred pension _____

(B) the number of persons receiving a pension _____

(ii) total of (A) and (B) _____

9(4) Si la réponse au paragraphe (3) est affirmative, le changement a-t-il été autorisé par le surintendant? [] Oui

[] Non

9(5) Si la réponse au paragraphe (4) est négative, veuillez annexer une demande conformément à l'article 11 de la *Loi sur les prestations de pension* et à l'article 5 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

10 Veuillez annexer une feuille comprenant les renseignements suivants:

(a) à l'égard des participants au régime

(i) le nombre de participants le dernier jour de l'année du régime antérieure _____

(ii) le nombre de personnes qui sont devenues des participants du régime au cours de l'année du régime de pension sous vérification _____

(iii) la somme de (i) et (ii) _____

(iv) le nombre de participants qui ont cessé d'être des participants au cours de l'année du régime de pension sous vérification en conséquence

(A) de la cessation d'emploi _____

(B) de la retraite _____

(C) du décès _____

(D) du retrait d'un employeur participant _____

(E) autre _____

(v) la somme de (A), (B), (C), (D) et (E) _____

(vi) le nombre de participants au dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification (somme de (iii) moins somme de (v)) _____

(b) à l'égard des anciens participants au régime et des personnes qui ont droit aux prestations ou paiements en vertu du régime

(i) au dernier jour de l'année du régime de pension antérieure

(A) le nombre de personnes qui ont droit de recevoir une pension différée _____

(B) le nombre de personnes qui reçoivent une pension _____

(ii) somme de (A) et (B) _____

(iii) as of the last day of the pension plan year under review

(A) the number of persons entitled to receive a deferred pension _____

(B) the number of persons receiving a pension _____

(iv) total of (A) and (B) _____

(c) by province or territory of employment as of the last day of the pension plan year under review

(i) the number of members _____

(ii) the number of male members _____

(iii) the number of female members _____

11 The prescribed filing fee is \$ _____

12(1) Were any amendments made to the documents that create and support the pension plan or the pension fund or any reciprocal transfer agreement related to the plan during the pension plan year under review? [] Yes [] No

12(2) If the answer to subsection (1) is yes, were a copy of the amending document and all other documents and information required under the *Pension Benefits Act* and the regulations filed as required? [] Yes [] No

12(3) If the answer to subsection (2) is no, attach an application for registration in accordance with section 11 of the *Pension Benefits Act* and section 5 of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

13 Complete the following and indicate the total of contributions made in respect of the normal cost and special payments made during the pension plan year under review by all members, if applicable, and by all participating employers:

(a) member contributions

(i) member contributions required _____

(ii) additional voluntary contributions _____

(iii) other contributions made by members (specify) _____

(iv) total member contributions (total of (i), (ii) and (iii)) _____

(iii) au dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification

(A) le nombre de personnes qui ont droit de recevoir une pension différée _____

(B) le nombre de personnes qui reçoivent une pension _____

(iv) la somme de (A) et (B) _____

(c) par la province ou le territoire d'emploi au dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification

(i) le nombre de participants _____

(ii) le nombre de participants de sexe masculin _____

(iii) le nombre de participants de sexe féminin _____

11 Le droit de dépôt prescrit est de _____ \$

12(1) Y a-t-il eu des modifications aux documents qui créent et appuient le régime de pension ou le fonds de pension ou toute entente réciproque de transfert relativement au régime au cours de l'année du régime de pension sous vérification? [] Oui [] Non

12(2) Si la réponse au paragraphe (1) est affirmative, une copie du document de modification et de tous les autres documents et renseignements requis en vertu de la Loi sur les prestations de pension et des règlements a-t-elle été déposée tel qu'exigé? [] Oui [] Non

12(3) Si la réponse au paragraphe (2) est négative, veuillez annexer une demande d'enregistrement conformément à l'article 11 de la *Loi sur les prestations de pension* et à l'article 5 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

13 Remplissez ce qui suit et indiquez la somme des cotisations versées à l'égard du coût d'exercice et des paiements spéciaux pendant l'année du régime de pension sous vérification par l'ensemble des participants, s'il y a lieu, et par l'ensemble des employeurs participants:

(a) cotisations de participant

(i) cotisations de participant requises _____

(ii) cotisations volontaires additionnelles _____

(iii) autres cotisations effectuées par les participants (spécifiez) _____

(iv) somme des cotisations de participant (somme de (i), (ii) et (iii)) _____

(b) employer contributions

(i) employer contributions made excluding any special payments made and surplus money allocated _____

(ii) total amount of special payments made relating to any initial unfunded liability, experience deficiency, actuarial loss and solvency deficiency _____

(iii) net employer contributions (total of (i) and (ii)) _____

(iv) amount of surplus money applied to employer contributions _____

14 Were the amounts shown in section 13 calculated in accordance with the rate of contribution and any special payments contained in the cost certificate or actuarial valuation report most recently filed with the Superintendent? [] Yes [] No If no, provide below an explanation for the change:

15(1) Were funds transferred into the plan from other pension plans during the pension plan year under review? [] Yes [] No If yes, the total amount transferred was \$ _____

15(2) Were funds transferred from the plan to other pension plans during the pension plan year under review? [] Yes [] No If yes, the total amount transferred was \$ _____

15(3) The total amount of payments made in respect of benefits payable under the plan during the pension plan year under review was \$ _____

15(4) The net investment earnings (losses) of the plan as of the last day of the pension plan year under review was \$ _____

16(1) Were any adjustments made to pensions or deferred pensions during the pension plan year under review? [] Yes [] No If yes, specify whether the adjustments

(a) were made to pensions, deferred pensions or both,

(b) applied to all or part of the former members and persons entitled to pensions under the plan and provide details if part only,

(b) cotisations de l'employeur

(i) cotisations effectuées par l'employeur sauf les paiements spéciaux et la répartition d'argent en surplus _____

(ii) somme des paiements spéciaux effectués relativement à la dette actuarielle initiale non provisionnée, du déficit actuariel, de la perte actuarielle et du déficit de solvabilité _____

(iii) cotisations nettes de l'employeur (somme de (i) et (ii)) _____

(iv) montant d'argent en surplus affecté aux cotisations de l'employeur _____

14 Les montants indiqués à l'article 13 ont-ils été calculés conformément au taux de cotisation et compte tenu de tous paiements spéciaux contenus au certificat attestant des coûts ou au rapport d'évaluation actuarielle le plus récemment déposé auprès du surintendant? [] Oui [] Non Dans la négative, veuillez donner une explication du changement:

15(1) Y a-t'il eu un virement de fonds provenant d'autres régimes de pension au régime au cours de l'année du régime de pension sous vérification? [] Oui [] Non. Dans l'affirmative, la somme virée était de _____ \$

15(2) Y a-t'il eu un virement de fonds provenant du régime à d'autres régimes de pension au cours de l'année du régime de pension sous vérification? [] Oui [] Non. Dans l'affirmative, la somme virée était de _____ \$

15(3) La somme des paiements effectués relativement aux prestations payables en vertu du régime au cours de l'année du régime de pension sous vérification était de _____ \$

15(4) Les revenus nets tirés de placements (pertes) à l'égard du régime au dernier jour de l'année du régime de pension sous vérification étaient de _____ \$

16(1) Des rajustements ont-ils été effectués aux pensions ou aux pensions différées au cours de l'année du régime de pension sous vérification? [] Oui [] Non Dans l'affirmative, spécifiez si les ajustements

a) ont été effectués aux pensions, aux pensions différées ou aux deux,

b) ont été appliqués à l'ensemble ou à une partie des anciens participants et des personnes qui ont droit à des pensions en vertu du régime et fournir les détails si ils ne s'appliquent qu'à une partie,

(c) were made (*Check applicable box(es).*)

- (i) in accordance with the requirements of the plan for regular adjustments of benefits
- (ii) under a collective agreement
- (iii) voluntarily by the employer(s)
- (iv) other (*Describe.*)

(d) if box (c)(ii), (iii) or (iv) is checked, were calculated on the basis of (*Check applicable box.*)

- the full consumer price index
- a partial consumer price index, based on

maximum increase of ___ . ___ per cent per year

- OR -

___ . ___ per cent of consumer price index

- OR -

consumer price index less ___ . ___ per cent
- an amount by which the rate of return of the pension fund exceeds the expected rate
- an increase of ___ . ___ per cent not based on the consumer price index
- a flat dollar increase of \$___ . ___ per _____
- another method (*Describe.*)

16(2) If any adjustments were made, specify the source of funds used to make the adjustments.

17(1) The value of the assets of the plan as of the beginning of the pension plan year under review was

- (a) market value \$ _____
- (b) book value \$ _____

c) ont été effectués (*Cochez la (les) case(s) applicable(s).*)

- (i) conformément aux exigences du régime pour rajustements réguliers des prestations
- (ii) en vertu d'une convention collective
- (iii) volontairement par l'employeur ou les employeurs
- (iv) autre (*Précisez.*)

d) si la case c)(ii), (iii) ou (iv) est cochée, ont-ils été calculés sur la base (*Cochez la case applicable.*)

- de l'indice entier des prix à la consommation
- de l'indice partiel des prix à la consommation, basé sur

l'augmentation maximale de ___ . ___ pour cent par année

- OU -

___ . ___ pour cent de l'indice des prix à la consommation

- OU -

de l'indice des prix à la consommation moins ___ . ___ pour cent
- d'un montant par lequel le taux de rendement d'un fonds de pension excède le taux anticipé
- d'une augmentation de ___ . ___ pour cent non basée sur l'indice des prix à la consommation
- d'une augmentation courante de ___ . ___ \$ par _____
- d'une autre méthode (*Précisez.*)

16(2) Si des rajustements ont été effectués, spécifiez la source des fonds utilisés pour effectuer ces rajustements.

17(1) La valeur des éléments d'actif du régime au début de l'année du régime de pension sous vérification était de

- (a) valeur marchande _____ \$
- (b) valeur comptable _____ \$

17(2) The value of the assets of the plan as of the end of the pension plan year under review was

- (a) market value \$_____
- (b) book value \$_____

18 Did a cessation of contributions or of benefits accrual occur during the pension plan year under review? [] Yes [] No If yes, what was

- (a) the effective date of cessation _____, and, if applicable,
- (b) the date of final distribution of funds _____
- (c) the reason for cessation (*check applicable box(es).*)
 - (i) [] merged with another pension plan
 - (ii) [] company dissolved
 - (iii) [] sale of business
 - (iv) [] no members left
 - (v) [] replaced by other retirement savings arrangement
 - (vi) [] financial consideration
 - (vii) [] other reason (*specify*)

Dated the ____ day of _____, 19____

signature

name of applicant

title

mailing address

telephone number

DECLARATION

I, _____, of the _____ of _____, in the _____ of _____, do solemnly declare that:

17(2) La valeur des éléments d'actif du régime à la fin de l'année du régime de pension sous vérification était de

- (a) valeur marchande _____\$
- (b) valeur comptable _____\$

18 Y a t'il eu cessation des cotisations ou des prestations accrues au cours de l'année du régime de pension sous vérification? [] Oui [] Non Dans l'affirmative quelle était

- (a) la date effective de la cessation _____, et s'il y a lieu,
- (b) la date de la répartition définitive des fonds _____
- (c) la raison de la cessation (*Cochez la (les) case(s) applicable(s).*)
 - (i) [] fusionnement à un autre régime de pension
 - (ii) [] dissolution de la compagnie
 - (iii) [] vente du commerce
 - (iv) [] absence de participants
 - (v) [] remplacé par un autre régime d'épargne-retraite
 - (vi) [] raison financière
 - (vii) [] autre (*précisez*)

Fait le _____ 19____

signature

nom du demandeur

titre

adresse postale

numéro de téléphone

DÉCLARATION

Je soussigné(e), _____, de _____ de _____, dans _____ de _____, déclare solennellement que:

1 I am the person who subscribed the foregoing annual information return.

2 I am authorized to submit this annual information return on behalf of _____, the
name of administrator
administrator of the plan.

3 The information given in the foregoing annual information return and any additional documentation and information that accompanies it, is attached to it or is otherwise provided at the request of the Superintendent in connection with it is true and complete to my own knowledge and belief and no information material to the foregoing annual information return has been omitted.

And I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared before me _____
at _____
this ____ day of _____, 19__

signature of declarant

* A Notary
Public
in and for the
_____ of _____

or A Commissioner
of Oaths* Being a
Solicitor/*My
Commission
Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

93-144; 95-8; 99-70; 2002, c.12, s.32

1 Je suis la personne qui ai souscrit au rapport annuel de renseignements qui précède.

2 Je suis autorisé à présenter le présent rapport annuel de renseignements au nom de _____,
nom de l'administrateur
l'administrateur du régime.

3 Les renseignements donnés au rapport annuel de renseignements qui précède et aux documents et renseignements additionnels qui l'accompagnent, qui y sont annexés ou qui sont autrement fournis à la demande du surintendant relativement à ce rapport, sont vrais et complets selon ce que je sais et crois personnellement et nul renseignement important relatif au rapport annuel de renseignements qui précède n'a été omis.

Et je fais la présente déclaration solennelle, la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Déclaré devant moi _____
à _____
ce _____ 19__

signature du déclarant

* Notaire
dans et pour la
_____ de _____

ou Commissaire aux
serments* en ma
qualité d'avocat/*Ma
commission expire
le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

93-144; 95-8; 99-70; 2002, c.12, art.32

FORM 3.01
SPOUSAL WAIVER

(General Regulation - Pension Benefits Act, ss.21(2)(d),
23(1)(i) and 25.4(1))

*TO: _____,
name of administrator

administrator of _____
name of pension plan

-OR-

*TO: _____,
name of financial institution

financial institution that acts as a trustee for the locked-in re-
tirement account (LIRA), life income fund (LIF) or annuity.

I, _____,
full name

am the spouse of _____,
full name

who is a member or former member of a pension plan regu-
lated by the *Pension Benefits Act* or the owner of a LIRA,
LIF or annuity.

I acknowledge that I waive any right I have in the pension
fund, LIRA, LIF or annuity, as the case may be, under the
Pension Benefits Act, its regulations or the pension plan.

I understand that as a result of my signing this waiver

(a) I waive any right I may have to a survivor pension
of at least sixty per cent of my spouse's benefit should my
spouse predecease me,

(b) the pension, LIRA, LIF or annuity, or a portion of it,
is to be withdrawn because my spouse suffers from a sig-
nificant physical or mental disability that considerably re-
duces life expectancy, and

(c) payment will be made to my spouse as a cash lump
sum or as a series of payments, and this may result in my
receiving no survivor benefits.

I hereby acknowledge that I have read the contents of this
waiver form, sign it freely and voluntarily and understand
the consequences of signing it.

FORMULE 3.01
RENONCIATION DU CONJOINT

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension,
art.21(2)d, 23(1)i) et 25.4(1))

*DESTINATAIRE : _____,
nom de l'administrateur

administrateur de _____
nom du régime de pension

-OU-

*DESTINATAIRE : _____,
nom de l'institution financière

institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour un
compte de retraite immobilisé (CRI), un fonds de revenu via-
ger (FRV) ou une rente.

Je soussigné(e), _____,
nom au complet

suis le conjoint de _____,
nom au complet

qui est un participant ou ancien participant d'un régime de
pension régit par la *Loi sur les prestations de pension* ou le
propriétaire d'un CRI, FRV ou d'une rente.

Je reconnais renoncer à tout droit que j'ai dans un régime de
pension, CRI, FRV ou rente, le cas échéant, en vertu de la *Loi*
sur les prestations de pension, ses règlements ou du régime
de pension.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur la présente
renonciation

a) je renonce à tout droit que je puis avoir à la pension
de survivant d'au moins soixante pour cent des presta-
tions de mon conjoint au cas où mon conjoint décède
avant moi,

b) la pension, CRI, FRV ou rente, ou une partie de celui-
ci, doit être retiré parce que mon conjoint souffre d'une
invalidité physique ou mentale importante qui réduit de
façon importante son espérance de vie, et

c) le paiement sera versé à mon conjoint sous forme de
somme forfaitaire ou par une série de paiements, et que
cela peut avoir comme résultat de m'empêcher de rece-
voir des prestations de survivant.

Par les présentes, je reconnais avoir lu le contenu de la pré-
sente formule de renonciation, que je l'ai signée librement et
volontairement et que je comprends les conséquences de ma
signature.

Declared before me _____ at _____ this
_____ day of _____, 20____

Déclaré(e) devant moi _____ à _____
le _____ 20____

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in _____ or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solici-
of _____ tor/*My Commission
Expires _____

* Notaire dans et pour _____ ou Commissaire aux ser-
la _____ ments* en ma qualité
de _____ d'avocat/*Ma commis-
sion expire le _____

(Seal)

(Sceau)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE
TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUT-
SIDE NEW BRUNSWICK.

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE
FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION
EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-
BRUNSWICK.

NOTE:

REMARQUE :

(a) This waiver is not valid unless it is signed and delivered
to the administrator of the pension plan or the financial insti-
tution that acts as trustee for the locked-in retirement ac-
count, life income fund or annuity within one year preceding
payment.

a) La présente renonciation n'est valide que si elle est si-
gnée et délivrée à l'administrateur du régime de pension ou
à l'institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour le
compte de retraite immobilisé, fonds de revenu viager ou la
rente, dans l'année précédant le paiement.

(b) This waiver may be revoked by the spouse communi-
cating such revocation to the administrator at any time prior
to payment.

b) La présente renonciation peut être annulée par le con-
joint, en tout temps avant le paiement, en communiquant une
telle révocation à l'administrateur.

2003-87

2003-87

financial institution undertakes to comply with the Act and regulations while the assets remain under its trust.

fert. L'institution financière s'engage à se conformer à la Loi et aux règlements tant que les éléments d'actif demeurent en fiducie.

Authorized Signature

Date

Signature autorisée

Date

NOTE: This application shall be accompanied by the prescribed fee under paragraph 56(1)(e.1) of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée du droit prescrit prévu à de l'alinéa 56(1)e.1) du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

DECLARATION

DÉCLARATION

I, _____, of the _____ of _____, in the _____ of _____, do solemnly declare that:

Je soussigné(e), _____, de _____ de _____, dans _____ de _____, déclare solennellement que :

1 I am the person named in and who subscribed the attached application for registration of a financial institution as a trustee.

1 Je suis la personne mentionnée à la demande d'enregistrement d'une institution financière à titre de fiduciaire ci-jointe et j'ai souscrit à cette demande.

2 I am applying for registration of the financial institution identified above as a trustee under subsection 21(6) or 22(11) of the *General Regulation - Pension Benefits Act*.

2 Je demande l'enregistrement de l'institution financière identifiée ci-dessus à titre de fiduciaire en vertu du paragraphe 21(6) ou 22(11) du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*.

3 I am authorized to make this application on behalf of the financial institution identified above.

3 Je suis autorisé à faire la présente demande au nom de l'institution financière identifiée ci-dessus.

4 The information given in the attached application and any additional documentation or information that accompanies it is true and complete to the best of my knowledge and belief and no information material to the application has been omitted.

4 Les renseignements donnés à la demande ci-jointe et tous les documents ou renseignements additionnels qui l'accompagnent sont vrais et complets au mieux de mes connaissances et croyance et nul renseignement important relatif à la demande n'a été omis.

And I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Et je fais la présente déclaration solennelle la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20__

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20__

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in or A Commissioner of Oaths* and for the _____ Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en la _____ de _____ ma qualité d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Seal)

(Sceau)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

FORM 3.2**RECORD OF TRANSFER OF
LOCKED-IN RETIREMENT FUNDS**

(General Regulation - Pension Benefits Act, ss.21(8.1) and
(8.2))

PART I

Transferee Information (To be completed by the transferee)

Financial Institution (Trustee for LIRA, LIF or Annuity) or Pension Plan
Administrator

Address City Province Postal Code

()
Telephone

Broker named in LIRA or LIF ()
(if any) Telephone

Address City Province Postal Code

Type of fund to which assets are being transferred:
LIRA ___ LIF ___ Annuity ___ Pension Plan ___

CCRA Registration Number N.B. Registration Number

Name of Retirement Savings Arrangement or Pension Plan

Owner Information (To be completed by the transferee)

Name Social Insurance Number

Address City Province Postal Code

Date of Birth ()
Telephone

Owner's Account Number with Transferee

Transferee Agreement (To be completed by the transferee)

As the **financial institution** or **pension plan** to receive the assets as trustee, the assets shall only be accepted if the assets are transferred in compliance with the *Pension Benefits Act* and regulations. The assets shall be transferred into

FORMULE 3.2**DOSSIER DU TRANSFERT DES FONDS DE
RETRAITE IMMOBILISÉ**

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.
21(8.1) et (8.2))

PARTIE I

Renseignements sur le cessionnaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

Institution financière (fiduciaire pour un CRI, FRV ou une rente) ou administrateur d'un régime de pension

Adresse Ville Province Code Postal

()
Téléphone

Nom du courtier du CRI ou FRV ()
(le cas échéant) Téléphone

Adresse Ville Province Code Postal

Type de fonds auquel les éléments d'actif sont transférés :
CRI ___ FRV ___ Rente ___ Régime de pension ___

Numéro d'enregistrement du ADRC Numéro d'enregistrement du N.-B.

Nom de l'arrangement d'épargne-retraite ou du régime de pension

Renseignements sur le propriétaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

Nom Numéro d'assurance sociale

Adresse Ville Province Code Postal

Date de naissance ()
Téléphone

Numéro de compte du propriétaire auprès du cessionnaire

Entente du cessionnaire (Doit être rempli par le cessionnaire)

En tant qu'**institution financière** ou **régime de pension** qui reçoit les éléments d'actif à titre de fiduciaire, les éléments d'actif doivent seulement être acceptés s'ils sont transférés conformément à la *Loi sur les prestations de pension* et aux

NOTE:

- (a) This form is to be completed in triplicate.
- (b) After Part I is completed, forward this form, in triplicate, to the Transferor for completion of Part II.

PART II (To be completed by the transferor)
Transferor Information and Agreement

 Pension Plan Administrator or Financial Institution

 N.B. Registration Number

 CCRA Registration Number

The assets for the transfer originate from:

_____ a pension plan that complies with the Act and regulations and from which the assets are being transferred under section 36 of the Act

_____ a pension plan that complies with legislation similar to the Act in a designated jurisdiction and from which the assets are being transferred under a provision similar to section 36 of the Act

_____ another retirement savings arrangement that complies with the Act and regulations (LIF or LIRA)

_____ a life or deferred life annuity under a contract that complies with the Act and regulations

_____ the fund of a pension plan that is sponsored by the Province

_____ dollars and _____ cents
 Amount of Transfer (in words)

\$ _____
 Amount of Transfer (numerical)

- OR -

Total Remaining Balance

Was the commuted value of the amount for transfer determined on transfer in a manner that differentiated on the basis of the sex of the owner?

Yes ____ No ____

REMARQUE :

- a) La présente formule doit être remplie en trois exemplaires.
- b) Lorsque la Partie I est remplie, remettre la présente formule en trois exemplaires à l'auteur du transfert afin qu'il remplisse la Partie II.

PARTIE II (Doit être rempli par l'auteur du transfert)
Renseignements sur l'auteur du transfert et entente

 Administrateur du régime de pension ou institution financière

 Numéro d'enregistrement
 du N.-B.

 Numéro d'enregistrement
 du ADRC

Les éléments d'actif pour le transfert proviennent :

_____ d'un régime de pension qui se conforme à la Loi et aux règlements et duquel les éléments d'actif sont transférés en vertu de l'article 36 de la Loi

_____ d'un régime de pension qui se conforme à une législation semblable à la Loi dans une autorité législative et duquel les éléments d'actif sont transférés en vertu d'une disposition semblable à l'article 36 de la Loi

_____ d'un autre arrangement d'épargne-retraite qui se conforme à la Loi et aux règlements (un FRV ou CRI)

_____ d'une rente viagère ou d'une rente viagère différée en vertu d'un contrat qui se conforme à la Loi et aux règlements

_____ d'un fonds d'un régime de pension qui est parrainé par la province

_____ dollars et _____ cents
 Montant du transfert (en lettres)

_____ \$
 Montant du transfert (numérique)

- OU -

valeur résiduelle totale

Est-ce que la valeur de rachat du montant à transférer a été déterminée sur transfert d'une manière différente eût égard au sexe du propriétaire?

Oui ____ Non ____

FORM 3.3**REQUEST FOR APPROVAL OF TRANSFER FROM
LIF TO RRIF***(General Regulation -
Pension Benefits Act, s.22(6.1))*

Name of Financial Institution: _____

New Brunswick Registration Number of Life Income Fund
(LIF): NBF _____

CCRA Registration Number of LIF: _____

Name of Owner of LIF: _____

Date of Birth of Owner: _____ (yyyy/mm/dd)

Social Insurance Number of Owner: _____

Account Balance on
January 1 of Current Year: \$ _____Maximum Income Payable
from LIF: \$ _____The Maximum Unlocking
Amount: \$ _____Projected maximum amount of
income payable from LIF in the fol-
lowing year if the maximum amount
of income payable from LIF is with-
drawn and the maximum unlocking
amount is transferred to an RRIF,
(both transactions taking place on
January 1 and annual investment
income estimated at 6%): \$ _____The Amount Requested to
be Transferred to RRIF: \$ _____I, _____, an employee or official
of the above financial institution, certify that the above
information is in accordance with the identification docu-
ments of the owner and all other information is correct, and
that I have read and explained the above information and
other conditions to the owner.**FORMULE 3.3****DEMANDE D'APPROBATION DE
TRANSFERT D'UN FRV À UN FERR***(Règlement général -
Loi sur les prestations de pension, art. 22(6.1))*

Nom de l'institution financière : _____

Numéro d'enregistrement du Nouveau-Brunswick pour le
fonds de revenu viager (FRV) :
NBF _____

Numéro d'enregistrement du ADRC pour le FRV : _____

Nom du propriétaire du FRV : _____

Date de naissance du propriétaire : _____ (année/mois/jour)

Numéro d'assurance sociale du propriétaire : _____

Solde du compte le 1^{er} janvier
de l'année en cours : _____ \$Revenu maximal payable
provenant du FRV : _____ \$Montant maximal qui n'est
pas immobilisé : _____ \$Montant maximal de revenu payable
prévu provenant du FRV dans
l'année suivante si le montant maxi-
mal de revenu payable provenant du
FRV est retiré et que le montant
maximal qui n'est pas immobilisé est
transféré dans un FERR, (les deux
transactions ayant lieu le 1^{er} janvier
et le revenu de placement annuel
étant estimé à 6%) : _____ \$Montant pour lequel un transfert dans un FERR a été
demandé : _____ \$Je soussigné(e), _____, employé ou
agent de l'institution financière mentionnée ci-dessus, certi-
fie que les renseignements ci-dessus sont conformes aux
documents servant à identifier le propriétaire et que tous
autres renseignements sont exacts, que j'ai lu et expliqué au
propriétaire les renseignements ci-dessus et autres condi-
tions.

Declared before me _____ at _____ this
_____ day of _____, 20__

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le
_____ 20__

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solicitor/*My Commission
of _____ Expires _____

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux ser-
la _____ de _____ ments* en ma qualité
_____ d'avocat/*Ma com-
mission expire le _____

(Seal)

(Sceau)

I, _____, owner of the life income fund (LIF) from which the assets are to be transferred to a registered retirement income fund (RRIF), certify that I have not made a previous transfer from an LIF to an RRIF and I understand that no additional transfers from an LIF to an RRIF will be permitted, that this transfer is made freely and voluntarily by me and not because of any coercion or because of any judgment that anyone may have against me, that I consent to any information on this form being used by any department or agency of the Province to determine my eligibility for a program for senior citizens, that I (do / do not) have a spouse as defined in the *Pension Benefits Act* who may or will have a right to the assets in the LIF, and that all the above information is true and complete to the best of my knowledge.

Je soussigné(e), _____, propriétaire du fonds de revenu viager (FRV) d'où proviennent les éléments d'actif qui doivent être transférés à un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR), certifie que je n'ai pas fait auparavant de transfert d'un FRV à un FERR et que je comprends qu'il est interdit de faire d'autres transferts d'un FRV à un FERR, que je fais ce transfert librement et volontairement, sans coercion ou en raison d'un jugement rendu contre moi, que je consens à ce que les renseignements donnés à la présente formule puissent être utilisés par les ministères ou agences de la province afin de déterminer mon admissibilité à un programme pour personnes âgées, que (j'ai/ je n'ai pas) de conjoint tel que défini dans la *Loi sur les prestations de pension* qui peut avoir ou aura un droit sur les éléments d'actif dans le FRV, et que les renseignements ci-dessus sont vrais et complets au mieux de ma connaissance.

Declared before me _____ at _____ this
_____ day of _____, 20__

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le
_____ 20__

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solicitor/*My Commission
of _____ Expires _____

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux ser-
la _____ de _____ ments* en ma qualité
_____ d'avocat/*Ma com-
mission expire le _____

(Seal)

(Sceau)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

NOTE:

(a) This form may be sent by mail, courier or fax to the Office of the Superintendent of New Brunswick.

(b) If the owner of the LIF has a spouse, a completed Form 3.4 must be attached to this form.

I, _____, the Superintendent of Pensions or a person delegated under subsection 91(3) of the *Pension Benefits Act*, approve the above request for a transfer from a life income fund (LIF) to a registered retirement income fund (RRIF) as defined under the *Income Tax Act* (Canada).

Dated the _____ day of _____, 20____

Signature

2001-1

REMARQUE :

a) La présente formule peut être envoyée par courrier, messenger ou télécopieur au bureau du surintendant du Nouveau-Brunswick.

b) Lorsque le propriétaire du FRV a un conjoint, la Formule 3.4 doit être remplie et jointe à la présente formule.

Je soussigné(e), _____, le surintendant des pensions ou une personne déléguée en vertu du paragraphe 91(3) de la *Loi sur les prestations de pension*, donne mon approbation à la demande de transfert d'un fonds de revenu viager (FRV) à un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) tel que défini à la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Fait le _____ 20____

signature

2001-1

FORM 3.4

SPOUSAL CONSENT TO TRANSFER FROM LIF TO RRIF

(General Regulation - Pension Benefits Act, s.22(6.1))

TO THE SUPERINTENDENT OF PENSIONS:

I, _____, the spouse of _____, the owner of a life income fund (LIF) from which assets are to be transferred to a registered retirement income fund (RRIF), consent to the proposed transfer of assets in the attached Form 3.3.

I understand that as a result of signing this consent the amount of income available to me as a survivor's income from the LIF will be reduced.

I acknowledge that I have read this consent and the attached Form 3.3, I acknowledge that I sign this consent freely and voluntarily and that I understand the consequences of signing it.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20__

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

2001-1

FORMULE 3.4

CONSETEMENT DU CONJOINT AU TRANSFERT D'UN FRV À UN FERR

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art. 22(6.1))

AU SURINTENDANT DES PENSIONS :

Je soussigné(e), _____, conjoint de _____, le propriétaire d'un fonds de revenu viager (FRV) d'où proviennent les éléments d'actif qui doivent être transférés à un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR), consens au transfert d'éléments d'actif proposé à la Formule 3.3 ci-jointe.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur le présent consentement, le montant de revenu en provenance du FRV qui m'est disponible à titre de survivant sera réduit.

Je reconnais que j'ai lu le présent consentement et la Formule 3.3 ci-jointe, je reconnais que je signe le présent consentement librement et volontairement et que je comprends les conséquences de le signer.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20__

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en ma qualité la _____ de _____ d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

2001-1

FORM 3.5
SPOUSAL WAIVER

(General Regulation - Pension Benefits Act, ss.21(2)(g.1),
46.2)

*TO: _____,
name of administrator
administrator of _____
name of pension plan

-OR-

*TO: _____,
name of financial institution
financial institution that acts as a trustee for the locked-in re-
tirement account (LIRA) or life income fund (LIF).

I, _____,
full name
am the spouse of _____,
full name

who is a member or former member of a pension plan regu-
lated by the *Pension Benefits Act* or the owner of a LIRA or LIF.

I acknowledge that I waive any right I have in the pension
fund, LIRA or LIF under the *Pension Benefits Act*, its regu-
lations or the pension plan or contract.

I understand that as a result of my signing this waiver

(a) I waive any right I may have to a survivor pension
of at least sixty per cent of my spouse's benefit should my
spouse predecease me,

(b) the LIRA, LIF or the commuted value of the de-
ferred pension is to be withdrawn because neither my
spouse nor myself is a Canadian citizen and we are not
resident in Canada, and

(c) payment will be made to my spouse as a cash lump
sum and this may result in my receiving no survivor ben-
efits.

I hereby acknowledge that I have read the contents of this
waiver form, sign it freely and voluntarily and understand
the consequences of signing it.

FORMULE 3.5
RENONCIATION DU CONJOINT

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension,
art.21(2)g.1) et 46.2)

*DESTINATAIRE : _____,
nom de l'administrateur
administrateur de _____
nom du régime de pension

-OU-

*DESTINATAIRE _____,
nom de l'institution financière
institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour un
compte de retraite immobilisé (CRI) ou un fonds de revenu
viager (FRV).

Je soussigné(e), _____,
nom au complet
suis le conjoint de _____,
nom au complet

qui est un participant ou ancien participant d'un régime de
pension régit par la *Loi sur les prestations de pension* ou le
propriétaire d'un CRI ou FRV.

Je reconnais renoncer à tout droit que j'ai dans un fonds de
pension, CRI ou FRV en vertu de la *Loi sur les prestations
de pension*, ses règlements ou du régime de pension ou d'un
contrat.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur la présente
renonciation

a) je renonce à tout droit que je puis avoir à la pension
de survivant d'au moins soixante pour cent des presta-
tions de mon conjoint au cas où mon conjoint décède
avant moi,

b) le CRI, FRV ou la valeur de rachat de la pension dif-
férée doit être retiré parce que ni mon conjoint ni moi
sommes des citoyens canadiens et nous ne sommes pas
des résidents du Canada, et

c) le paiement sera versé à mon conjoint sous forme de
somme forfaitaire et cela peut avoir comme résultat de
m'empêcher de recevoir des prestations de survivant.

Par les présentes, je reconnais avoir lu le contenu de la pré-
sente formule de renonciation, que je l'ai signée librement et
volontairement et que je comprends les conséquences de ma
signature.

Declared before me _____ at _____ this
_____ day of _____, 20____

Déclaré(e) devant moi _____ à _____
le _____ 20____

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solici-
of _____ tor/*My Commission
Expires _____

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux ser-
la _____ ments* en ma qualité
de _____ d'avocat/*Ma commis-
sion expire le _____

(Seal)

(Sceau)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE
TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUT-
SIDE NEW BRUNSWICK.

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE
FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION
EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-
BRUNSWICK.

NOTE:

REMARQUE :

(a) This waiver is not valid unless it is signed and delivered
to the administrator of the pension plan or the financial insti-
tution that acts as trustee for the locked-in retirement account
or the life income fund within one year preceding payment.

a) La présente renonciation n'est valide que si elle est si-
gnée et délivrée à l'administrateur du régime de pension ou
à l'institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour un
compte de retraite immobilisé ou un fonds de revenu viager
dans l'année précédant le paiement.

(b) This waiver may be revoked by the spouse communi-
cating such revocation to the administrator at any time prior
to payment.

b) La présente renonciation peut être annulée par le con-
joint, en tout temps avant le paiement, en communiquant une
telle révocation à l'administrateur.

2003-87

2003-87

FORM 3.6**REQUEST FOR WITHDRAWAL FROM A
LOCKED-IN RETIREMENT ACCOUNT (LIRA)***(General Regulation - Pension Benefits Act, s.21(15))*

Name of Financial Institution: _____

Name of Owner of LIRA: _____

Date of Birth: _____ (yyyy/mm/dd)

Social Insurance Number of Owner: _____

Account Number of Owner with Financial Institution:
_____Name of Spouse of Owner (if applicable) _____

Pension plans in which the owner was a member while employed in New Brunswick (or from which the owner received a transfer as a division of marital property):

Name of Pension Plan or Employer	Calendar Years of Membership		Amount Transferred from Pension Fund
	Commencement	Termination	

(If there is not enough space for all the pension plans, attach a list of additional pension plans.)

**Present Distribution of Assets
Transferred from Pension Funds Connected with
Employment in New Brunswick**

Type of Retirement Savings Arrangement	Balance
all Locked-In Retirement Accounts (LIRA)	\$ _____
all Life Income Funds (LIF)	\$ _____
all Annuities	\$ _____
Total	\$ _____

FORMULE 3.6**DEMANDE DE RETRAIT D'UN COMPTE DE
RETRAITE IMMOBILISÉ (CRI)***(Règlement général - Loi sur les prestations de
pension, art.21(15))*

Nom de l'institution financière : _____

Nom du propriétaire du CRI : _____

Date de naissance : _____ (année/mois/jour)

Numéro d'assurance sociale du propriétaire : _____

Numéro de compte du propriétaire auprès de l'institution
financière : _____Nom du conjoint du propriétaire (s'il y a lieu) : _____

Régimes de pension pour lesquels le propriétaire était un participant lorsqu'il était employé au Nouveau-Brunswick, (ou duquel le propriétaire a reçu un transfert à titre de division des biens matrimoniaux) :

Nom du régime de pension ou de l'employeur	Années civiles de participation		Montant transféré du fonds de pension
	Début	Fin	

(S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour tous les régimes de pension, joindre une liste des régimes de pension additionnels.)

**Répartition actuelle des éléments d'actif
transférés en provenance des fonds de pension reliés à un
emploi au Nouveau-Brunswick**

Type d'arrangement d'épargne-retraite	Solde
tous les comptes de retraite immobilisés (CRI)	_____ \$
tous les fonds de revenu viager (FRV)	_____ \$
toutes les rentes	_____ \$
Total	_____ \$

**Pension Adjustments in
Two Previous Tax Years**

Tax Year	Total of Pension Adjustments on all T4 slips (Box 52)
_____	\$ _____
_____	\$ _____

**Declaration of Owner of
Locked-In Retirement Account**

I, _____, owner of the locked-in retirement account (LIRA) identified on this form, certify that all of the above information is true and complete to the best of my knowledge, and I hereby request that the said account be withdrawn in accordance with subsections 21(15) and (16) of the *General Regulation - Pension Benefits Act*, and I undertake to provide the financial institution with any additional information that it requires to satisfy itself that the proposed withdrawal is permitted under subsection 21(16) of the Regulation.

Declared before me _____ at _____ this
____ day of _____, 20__

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solicitor/*My Commission
of _____ Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE
TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUT-
SIDE NEW BRUNSWICK.

NOTE:

(a) If the owner of the LIRA has a spouse, a completed Form 3.7 must be attached to this form.

(b) This form shall be retained by the financial institution along with any other evidence that the proposed withdrawal is permitted under subsection 21(16) of the Regulation, such as proof of age, confirmations of totals of pension adjustments and documents or other responses to questions arising out of the information on the form.

2003-87

**Rajustements de pension pour les deux années d'imposition
précédentes**

Année d'imposition	Total des rajuste- ments de pension sur tous les feuillets T4 (case 52)
_____	\$ _____
_____	\$ _____

**Déclaration du propriétaire du compte de
retraite immobilisé**

Je soussigné(e), _____, propriétaire du compte de retraite immobilisé (CRI) identifié à la présente formule, certifie que les renseignements ci-dessus sont vrais et complets au mieux de ma connaissance, et par les présentes, je demande que l'on fasse un retrait du compte conformément aux paragraphes 21(15) et (16) du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*, et je m'engage à fournir à l'institution financière tous les renseignements additionnels que celle-ci demande pour être convaincue que le retrait proposé est permis en vertu du paragraphe 21(16) du Règlement.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le
_____ 20__

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux ser-
la _____ ments* en ma qualité
de _____ d'avocat/*Ma commis-
sion expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE
FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION
EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-
BRUNSWICK.

REMARQUE :

(a) Lorsque le propriétaire du CRI a un conjoint, la Formule 3.7 doit être remplie et jointe à la présente formule.

(b) La présente formule doit être conservée par l'institution financière au même titre que toute autre preuve que le retrait proposé est permis en vertu du paragraphe 21(16) du règlement, tel que la preuve d'âge, certification du total des rajustements de pension et documents ou autres réponses aux questions soulevées en raison des renseignements contenus dans la formule.

2003-87

FORM 3.7

SPOUSAL CONSENT TO WITHDRAW FROM A PENSION FUND OR A LOCKED-IN RETIREMENT ACCOUNT (LIRA)

(General Regulation - Pension Benefits Act, s.21(15))

TO THE PENSION PLAN ADMINISTRATOR OR FINANCIAL INSTITUTION:

I, _____, the spouse of _____, who is making the withdrawal request in the attached Form 3.6, consent to the withdrawal as requested on the attached Form 3.6.

I understand that as a result of signing this consent any amount from the pension fund or the locked-in retirement account, as the case may be, which may have been due to me as a survivor, is hereby forfeited by me.

I acknowledge that I have read this consent and the attached Form 3.6, and I acknowledge that I sign this consent freely and voluntarily and that I understand the consequences of signing it.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20____

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

***DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.**

2003-87

FORMULE 3.7

CONSENTEMENT DU CONJOINT AU RETRAIT D'UN FONDS DE PENSION OU D'UN COMPTE DE RETRAITE IMMOBILISÉ (CRI)

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.21(15))

À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME DE PENSION OU À L'INSTITUTION FINANCIÈRE :

Je soussigné(e), _____, conjoint de _____, qui fait une demande de retrait à la Formule 3.6 ci-jointe, consent au retrait tel que demandé à la Formule 3.6 ci-jointe.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur le présent consentement, que je renonce par les présentes à tout montant en provenance du fonds de pension ou du compte de retraite immobilisé, s'il y a lieu, qui aurait pu m'être dû à titre de survivant.

Je reconnais que j'ai lu le présent consentement et la Formule 3.6 ci-jointe, et je reconnais que je signe le présent consentement librement et volontairement et que je comprends les conséquences de le signer.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20____

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en ma qualité de _____ d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

***RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.**

2003-87

FORM 4**DIRECTION TO ADMINISTRATOR TO
EXERCISE RIGHTS**
*(General Regulation - Pension Benefits Act, s.25)*TO: _____, administrator
name of administratorof _____
name of pension planI, _____,
name of person exercising rightin respect of the portion of the commuted value of my deferred pension or benefit that may be transferred immediately, direct you to *(Check and complete one. Delete inapplicable portions.)* transfer the commuted value of my deferred pension or benefit from the above mentioned pension plan to_____
name of pension plan of my new employer

- OR -

name of financial institution that sells the locked-in retirement account

- OR -

name of financial institution that sells the life income fund

- OR -

 purchase a life or deferred life annuity from_____
name of financial institution that sells the annuity

- OR -

 retain the commuted value of my deferred pension in the above mentioned pension plan

In respect of any portions of the commuted value of my deferred pension or benefit that is not being transferred immediately, I wish

 the portions to be transferred in accordance with my election stated above**FORMULE 4****DIRECTIVE À L'ADMINISTRATEUR POUR
L'EXERCICE DES DROITS**
*(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.25)*DESTINATAIRE: _____,
nom de l'administrateuradministrateur de _____
nom du régime de pensionJe soussigné(e), _____,
nom de la personne exerçant un droità l'égard de la partie de la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation qui peut être transférée immédiatement, vous donne instructions *(Cochez et remplissez une case. Rayez les mentions inutiles.)* de transférer la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation du régime de pension ci-dessus à_____
nom du régime de pension de mon nouvel employeur

- OU -

nom de l'institution financière qui vend un compte de retraite immobilisé

- OU -

nom de l'institution financière qui vend le fonds de revenu viager

- OU -

 d'acheter une rente viagère ou une rente viagère différée de_____
nom de l'institution financière qui vend la rente

- OU -

 de retenir la valeur de rachat de ma pension différée dans le régime de pension mentionné ci-dessus

À l'égard de toutes parties de la valeur de rachat de ma pension différée ou de ma prestation qui ne sont pas transférées immédiatement, je désire

 que les parties soient transférées conformément à mon choix indiqué ci-dessus

- OR -

[] to make a further election upon being informed by the administrator at the time when the subsequent transfer may be made

NOTE:

This direction must be delivered to the administrator of the pension plan within ninety days after the person signing it receives notice of the rights that may be exercised.

Dated the ____ day of _____, 19 ____

witness

signature

- OU -

[] faire un nouveau choix lorsque je serai informé par l'administrateur de l'époque où le transfert subséquent peut être effectué

REMARQUE:

La présente directive doit être délivrée à l'administrateur du régime de pension dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent la réception de l'avis, par celui qui la signe, des droits qui peuvent être exercés.

Fait le _____ 19 ____

témoin

signature

FORM 4.1

REQUEST TO TRANSFER FROM A PENSION PLAN TO AN RRIF

(General Regulation - Pension Benefits Act, s.25.01(3))

Name of Pension Plan: _____

New Brunswick Registration Number of Pension Plan: _____ **NB**

Number of Article or Section in Pension Plan Text Permitting Transfer: _____

Name of Member: _____

Social Insurance Number of Member: _____

Amount of Pension before Transfer: \$ _____

Commuted Value: \$ _____

Amount of Request to Transfer to an RRIF (not to exceed 25% of Commuted Value): \$ _____

Amount of Pension after Transfer: \$ _____

I, _____, an employee or official of the Administrator of the above pension plan, certify that the above information is in accordance with records of the pension plan and the amount requested to be transferred to an RRIF expressed verbally by the member. Also, I have explained to the member that the transfer will reduce future benefits for the member and the member's survivors.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20____

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of and for the _____ Oaths* Being a Solicitor/*My Commission of _____ Expires _____

(Seal)

I, _____, being the member described in the request, certify that

(a) I have not commenced to receive my pension under the above pension plan and I understand that no additional

FORMULE 4.1

DEMANDE DE TRANSFERT D'UN RÉGIME DE PENSION À UN FERR

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.25.01(3))

Nom du régime de pension : _____

Numéro d'enregistrement du Nouveau-Brunswick pour le régime de pension : _____ **NB**

Nombre d'article ou de partie dans le texte du régime de pension permettant le transfert : _____

Nom du participant : _____

Numéro d'assurance sociale du participant : _____

Montant de la pension avant le transfert : _____ \$

Valeur de rachat : _____ \$

Montant que l'on demande de transférer dans un FERR (ne pas dépasser 25 % de la valeur de rachat) : _____ \$

Montant de la pension après le transfert : _____ \$

Je soussigné(e), _____, employé ou agent de l'administrateur du régime de pension mentionné ci-dessus, certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes aux dossiers du régime de pension et au montant que le participant a demandé verbalement d'être transféré à un FERR. De plus, j'ai expliqué au participant que le transfert va réduire les prestations à venir pour le participant et pour les survivants du participant.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20____

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en ma qualité la _____ de _____ d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

Je soussigné(e), _____, étant le participant décrit dans la demande, certifie que

(a) je n'ai pas commencé à recevoir ma pension en vertu du régime de pension mentionné ci-dessus et je com-

transfers from the pension plan to an RRIF will be permitted,

(b) this transfer is made freely and voluntarily by me and not because of any coercion or because of any judgment that anyone may have against me,

(c) I consent to any information on this form being used by any department or agency of the Province to determine my eligibility for a program for senior citizens,

(d) I (do/do not)* have a spouse as defined in the Pension Benefits Act who may or will have a right to the assets in the pension plan, and

(e) all the above information is true and complete to the best of my knowledge.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20__

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

NOTE:

(a) This form is to be retained by the administrator of the pension plan.

(b) If the member of the pension plan has a spouse, a completed Form 4.2 must be attached to this form.

2003-87

prends qu'il est interdit de faire d'autres transferts du régime de pension à un FERR,

b) je fais le présent transfert librement et volontairement, sans coercition ou en raison d'un jugement rendu contre moi,

c) je consens à ce que les renseignements donnés à la présente formule puissent être utilisés par les ministères ou agences de la province afin de déterminer mon admissibilité à un programme pour personnes âgées,

d) (j'ai / je n'ai pas)* de conjoint tel que défini dans la Loi sur les prestations de pension qui peut avoir ou aura un droit sur les éléments d'actif dans le régime de pension, et

e) les renseignements ci-dessus sont vrais et complets au mieux de ma connaissance.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20__

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en ma qualité de _____ d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

REMARQUE :

a) La présente formule doit être conservée par l'administrateur du régime de pension.

b) Lorsque le participant du régime de pension a un conjoint, la Formule 4.2 doit être remplie et jointe à la présente formule.

2003-87

FORM 4.2

SPOUSAL CONSENT TO TRANSFER FROM A PENSION PLAN TO AN RRIF

(General Regulation - Pension Benefits Act, s.25.01(3))

TO THE PENSION PLAN ADMINISTRATOR:

I, _____, the spouse of _____, whose pension benefits are to be partially transferred to a RRIF, consent to the proposed transfer as requested on the attached Form 4.1.

I understand that as a result of signing this consent that the amount from the pension that may have been due to me as a survivor is hereby reduced and the amount of the reduction is forfeited by me.

I acknowledge that I have read this consent and the attached Form 4.1, and I acknowledge that I sign this consent freely and voluntarily and that I understand the consequences of signing it.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20__

Signature of Declarant

* A Notary Public in or A Commissioner of Oaths* Being a Solicitor/*My Commission Expires _____

(Seal)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

2003-87

FORMULE 4.2

CONSETEMENT DU CONJOINT AU TRANSFERT D'UN RÉGIME DE PENSION À UN FERR

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.25.01(3))

À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME DE PENSION :

Je soussigné(e), _____, conjoint de _____, lesquelles prestations de pension sont en voie d'être partiellement transférées à un FERR, consens au transfert proposé tel que demandé à la Formule 4.1 ci-jointe.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur le présent consentement, le montant en provenance de la pension qui aurait pu m'être dû à titre de survivant est par les présentes réduit et que je renonce au montant de la réduction.

Je reconnais que j'ai lu le présent consentement et la Formule 4.1 ci-jointe, et je reconnais que je signe le présent consentement librement et volontairement et que je comprends les conséquences de le signer.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20__

signature du déclarant

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux serments* en ma qualité de _____ d'avocat/*Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE, SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

2003-87

FORM 5

JOINT AND SURVIVOR PENSION WAIVER
(General Regulation - Pension Benefits Act, s.26(1))

TO: _____,
name of administrator

administrator of _____
name of pension plan

- OR -

_____, financial institution
name of financial institution

that sells or sold the annuity to which a locked-in retirement account or life income fund is being or has been converted.

We, the undersigned, direct you under subsection 41(4) of the *Pension Benefits Act* to waive the following described joint and survivor pension: *(Describe the spouse's entitlement to the pension, including the periodic amount the entitlement would be if this waiver were not signed.)*

in respect of _____
name of person who is a member, a person entitled to the deferred pension, an owner of the locked-in retirement account or life income fund to be or being converted or an annuitant of the deferred life annuity

mailing address

postal code

date of birth

social insurance number

and _____
name of person's spouse ("the spouse")

of _____
mailing address

postal code

date of birth

social insurance number

FORMULE 5

RENONCIATION À LA PENSION COMMUNE ET DE SURVIVANT
(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.26(1))

DESTINATAIRE: _____,
nom de l'administrateur

administrateur de _____
nom du régime de pension

- OU -

_____, institution financière
nom de l'institution financière

qui vend ou qui a vendu la rente à laquelle le compte de retraite immobilisé ou le fonds de revenu viager est en voie de conversion ou a été converti.

Nous, soussignés, vous donnons instructions en vertu du paragraphe 41(4) de la *Loi sur les prestations de pension* de renoncer à la pension commune et de survivant qui est décrite ci-après: *(Décrivez le droit à la pension du conjoint, y compris le montant périodique du droit si la présente renonciation n'était pas signée.)*

à l'égard de _____
nom de la personne qui est un participant, une personne qui a droit à la pension différée, un propriétaire du compte de retraite immobilisé ou du fonds de revenu viager qui sera converti ou est en voie d'être converti ou du rentier de la rente viagère différée

adresse postale

code postal

date de naissance

numéro d'assurance sociale

et _____
nom du conjoint de la personne («le conjoint»)

de _____
adresse postale

code postal

date de naissance

numéro d'assurance sociale

The person who is a member, entitled person, owner or annuitant is entitled to choose one from among the following options: (*Number and describe options.*)

La personne qui est un participant, une personne qui a un droit, un propriétaire ou un rentier a droit de choisir l'une des options suivantes : (*Numérotez et décrivez les options.*)

and has chosen option number _____
number of option chosen

et a choisi l'option numéro _____
numéro de l'option choisie

Statement of Spouse Signing Waiver:

Déclaration du conjoint signant la renonciation:

I understand that as a result of my signing this waiver

Je comprends que par suite de ma signature de la présente renonciation

(a) I waive any right I may have to a survivor pension of at least sixty per cent of my husband's (*or wife's*) benefit should my husband (*or wife*) predecease me,

a) Je renonce à tout droit que je puis avoir à la pension de survivant d'au moins soixante pour cent des prestations de mon mari (*ou de ma femme*) au cas où mon mari (*ou ma femme*) décède avant moi,

(b) my husband (*or wife*) will be able to receive the option chosen above, and

b) mon mari (*ou ma femme*) pourra recevoir l'option choisie ci-dessus, et

(c) I will receive no survivor pension or I will receive a pension that is less than sixty per cent of my husband's (*or wife's*) pension.

c) Je ne recevrai aucune pension de survivant ou je recevrai une pension qui est de moins de soixante pour cent de la pension de mon mari (*ou de ma femme*).

NOTE:

REMARQUE:

(a) This waiver may be revoked at any time before the pension is paid from the pension plan or annuity by completing a revocation of joint and survivor pension waiver form.

a) La présente renonciation peut être annulée en tout temps avant que la pension ne soit payée à partir du régime de pension ou de la rente en remplissant une formule de révocation d'une renonciation à la pension commune et de survivant.

(b) The person who is a member, entitled person, owner or annuitant and the spouse may obtain independent legal or other advice concerning their individual rights and the effect of signing this waiver.

b) La personne qui est un participant, une personne qui a un droit, un propriétaire ou un rentier et le conjoint peuvent obtenir un avis légal ou autre avis indépendants concernant leurs droits individuels et l'effet de leur signature à la présente renonciation.

(c) If the person who is a member, entitled person, owner or annuitant chooses a pension that provides the spouse with benefits that are at least as favourable to the spouse as those provided under the *Pension Benefits Act*, this waiver need not be signed.

c) Si la personne qui est un participant, une personne qui a un droit, un propriétaire ou un rentier choisit une pension qui prévoit pour le conjoint des prestations qui sont au moins aussi avantageuses pour le conjoint que celles qui sont prévues en vertu de la *Loi sur les prestations de pension*, la présente renonciation n'a pas besoin d'être signée.

(d) This waiver is not valid unless it is delivered, within the year preceding payment of the pension, to the administrator of the pension plan or the financial institution that sells or sold the annuity to which a locked-in retirement account or life income fund is being or has been converted.

d) La présente renonciation n'est valide que si elle est délivrée, dans l'année précédant le paiement de la pension, à l'administrateur du régime de pension ou à l'institution financière qui vend ou a vendu la rente à laquelle un compte de retraite immobilisé ou un fonds de revenu viager est en voie de conversion ou a été converti.

The spouse acknowledges that he or she has read the contents of this waiver form, signs it freely and voluntarily and understands the consequences of signing it.

Le conjoint reconnaît qu'il a (ou qu'elle a) lu le contenu de la présente formule de renonciation, qu'il (ou qu'elle) l'a signée librement et volontairement et qu'il (ou qu'elle) comprend les conséquences de sa signature.

Declared before me _____ at _____ this _____ day of _____, 20____

Déclaré(e) devant moi _____ à _____ le _____ 20____

Signature of Declarant

signature du déclarant

* A Notary Public in or A Commissioner of
and for the _____ Oaths* Being a Solici-
of _____ tor/*My Commission
Expires _____

* Notaire dans et pour ou Commissaire aux ser-
la _____ ments* en ma qualité
de _____ d'avocat/*Ma commis-
sion expire le _____

(Seal)

(Sceau)

*DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE
TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUT-
SIDE NEW BRUNSWICK.

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE
FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION
EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-
BRUNSWICK.

2003-87

2003-87

FORM 6

FORMULE 6

REVOCATION OF JOINT AND SURVIVOR PENSION WAIVER

(General Regulation - Pension Benefits Act, s.26(2))

RÉVOCATION D'UNE RENONCIATION À LA PENSION COMMUNE ET DE SURVIVANT

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.26(2))

TO: _____, administrator
name of administrator

DESTINATAIRE: _____,
nom de l'administrateur

of _____
name of pension plan

administrateur de _____
nom du régime de pension

- OR -

- OU -

_____, financial institution
name of financial institution

_____, institution financière
nom de l'institution financière

that sells or sold the annuity to which a locked-in retirement account or life income fund is being or has been converted.

qui vend ou a vendu la rente à laquelle le compte de retraite immobilisé ou le fonds de revenu viager est en voie de conversion ou a été converti.

We, the undersigned, under subsection 41(6) of the *Pension Benefits Act* revoke a joint and survivor pension waiver, a copy of which is attached, that was signed by both of us on the ____ day of _____, 19__ in respect of the pension referred to in the waiver.

Nous, soussignés, en vertu du paragraphe 41(6) de la *Loi sur les prestations de pension* révoquons la renonciation à la pension commune et de survivant signée par nous deux à l'égard de la pension ci-haut mentionnée le _____ 19__.

We understand that, as a result of our signing this revocation, the pension payable under the pension plan or annuity will revert to and will be a joint and survivor pension and the survivor pension payable will be at least sixty per cent of the pension payable.

Nous comprenons que, en conséquence de notre signature de la présente révocation, la pension payable en vertu du régime de pension ou de la rente reviendra et sera une pension commune et de survivant et la pension passant au survivant payable sera d'au moins soixante pour cent de la pension payable.

We acknowledge that we have read the contents of this form, sign it freely and voluntarily and understand the consequences of signing it.

Nous reconnaissons que nous avons lu le contenu de la présente formule, que nous l'avons signée librement et volontairement et que nous comprenons les conséquences de notre signature.

Dated the ____ day of _____, 19__

Fait le _____ 19__

NOTE: Attach a copy of the waiver to be revoked.

REMARQUE: Veuillez annexer une copie de la renonciation à être révoquée.

_____	_____	_____	_____
witness	signature of person who is a member, entitled person, owner or annuitant	témoin	signature d'un participant, d'une personne ayant droit, d'un propriétaire ou d'un rentier
_____	_____	_____	_____
witness	signature of the spouse	témoin	signature du conjoint

NOTE:

A joint and survivor pension waiver may not be revoked once payment of the pension under the pension plan or annuity has commenced.

93-144; 99-70

REMARQUE:

Une renonciation à la pension commune et de survivant ne peut être révoquée si le paiement de la pension en vertu du régime de pension ou de la rente a débuté.

93-144; 99-70

FORM 7

NOTICE

(General Regulation -
Pension Benefits Act, s.42.2)

Date of Notice: _____

TO: Members, former members and other persons entitled to payments under _____:
(name of pension plan)

New Brunswick Registration Number of Pension Plan:
NB-_____

The municipality/university of _____ seeks an exemption under section 42.1 of the *General Regulation - Pension Benefits Act*, N.B. Regulation 91-195 from the requirement for the pension plan to contain provisions requiring the employer to make special payments in respect of a solvency deficiency under the plan, as determined in accordance with section 36 of the Regulation.

EXPLANATION OF EXEMPTION:

The municipality/university wishes to become exempt from making solvency special payments. The *General Regulation* under *Pension Benefits Act* requires these payments to resolve a solvency deficiency, which is identified by a solvency valuation. This type of valuation assumes the plan is wound-up on the date of the valuation and measures assets and liabilities on that date. It exists to protect members' benefits in the event of a plan wind-up, something that can happen at the will of the employer municipality/university at any time, regardless of the municipality's or university's financial position.

One of the conditions the municipality/university must meet before registering this proposal with the Superintendent of Pensions is consent of its members.

In deciding whether or not to give your consent to this proposal for exemption, you should keep in mind the following:

- **Wind-up obligations** - Solvency valuations, and the special payments required to offset any solvency deficiencies resulting from a solvency valuation, are part of the protection afforded by the *Pension Benefits Act*. The exemption the municipality/university seeks removes the obligation for the plan to contain

FORMULE 7

AVIS

(Règlement général -
Loi sur les prestations de pension, article 42.2)

Date de l'avis : _____

DESTINATAIRE: Participants, anciens participants et autres personnes ayant droit à un paiement en vertu du / de la : _____
(nom du régime de pension)

Numéro d'enregistrement de régime de pension du Nouveau-Brunswick : NB - _____

La municipalité/l'université de _____ demande une dispense, en vertu de l'article 42.1 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension*, Règlement du N.-B. 91-195, de l'obligation que soient incluses dans le régime de pension, des dispositions obligeant l'employeur à effectuer, en conformité avec l'article 36 du *Règlement*, des paiements spéciaux relativement à un déficit de solvabilité à l'égard du régime.

EXPLICATION DE L'EXEMPTION

La municipalité/l'université désire être dispensée des paiements spéciaux de solvabilité. Le *Règlement général* établi en vertu de la *Loi sur les prestations de pension* exige ces paiements afin de résoudre un déficit de solvabilité identifié par une évaluation de solvabilité. Ce type d'évaluation présume la liquidation du régime à la date de l'évaluation et détermine les éléments d'actifs et de passifs à cette date. Ceci existe afin de protéger les prestations des participants dans l'éventualité d'une liquidation du régime, chose qui peut se produire à tout moment à la discrétion de l'employeur municipal, peu importe la situation financière de la municipalité ou de l'université.

L'une des conditions que doit respecter la municipalité/l'université avant d'enregistrer cette proposition auprès du surintendant des pensions est d'obtenir le consentement des participants.

Afin de déterminer si vous accordez ou non votre consentement à cette proposition de dispense, vous devriez tenir compte des facteurs suivants :

- **Obligations lors de la liquidation** - Les évaluations de solvabilité, et les paiements spéciaux requis pour compenser tout déficit de solvabilité résultant d'une évaluation de solvabilité, font partie des protections accordées par la *Loi sur les prestations de pensions*. La dispense que demande la municipalité/l'

a provision requiring these payments. However, to decrease the risk of a plan wind-up with insufficient assets to cover all benefits, the Regulation requires that the municipality/university pay any deficiencies as of the date of the wind-up, if the pension plan is ever wound-up, in whole or in part.

- **Restrictions on plan amendments** - In addition, the Regulation stipulates that the pension plan may not be amended in a way that negatively impacts on its solvency, unless the full cost of the amendment is paid into the pension fund before the effective date of the amendment.

The municipality/university requests your consent to this exemption.

Please return the reply form, Form 8, in the enclosed postage-paid return envelope in time to reach the addressee by _____.
(date)

If you have any questions or concerns, please contact the following:

name _____

address _____

telephone _____

facsimile _____

e-mail _____

or

The Office of the Superintendent of Pensions
500 Beaverbrook Court, Suite 520
P.O. Box 6000
Fredericton NB E3B 5H1
Tel: (506) 453-2055
Fax: (506) 457-7266
2005-156; 2006-77

l'université a pour effet d'éliminer l'obligation que soit incluse dans le régime une disposition exigeant ces paiements. Toutefois, afin de diminuer le risque d'une liquidation du régime alors qu'il y a insuffisance d'éléments d'actif pour couvrir toutes les prestations, le Règlement exige que la municipalité/l'université paie tout déficit à la date de liquidation, si le régime de pension devait être liquidé, soit totalement ou partiellement.

- **Restrictions aux modifications au régime** - De plus, le Règlement prévoit que le régime de pension ne peut être modifié de façon à avoir une incidence négative sur sa solvabilité, sauf si le coût total entraîné par la modification est payé au fonds de pension avant la date effective de la modification.

La municipalité/l'université demande votre consentement à cette dispense.

Prière de retourner la formule de réponse (formule 8) dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe afin que le destinataire le reçoive au plus tard le _____.
(date)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec la personne suivante :

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

Courriel _____

ou

Le Bureau du surintendant des pensions
500, cour Beaverbrook, pièce 520
C.P. 6000
Fredericton NB E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-2055
Télécopieur : (506) 457-7266
2005-156; 2006-77

FORM 8
REPLY FORM

*(General Regulation -
Pension Benefits Act, s.42.2)*

Instructions:

1. Read the enclosed Notice. Contact those named at the end of the Notice if you have any questions or concerns.
2. Check the box below that applies (✓).
3. Mail this form in the numbered, postage-paid return envelope enclosed. (The envelopes are numbered **for security reasons**. Your reply is confidential and will be separated from the numbered envelope before counting.)

Name of Pension Plan: _____

New Brunswick Registration Number of Pension Plan:
NB- _____

Yes, I consent to the proposal for exemption from making solvency special payments under section 42.1 of the *General Regulation - Pension Benefits Act* for the above pension plan.

No, I do not consent to the proposal for exemption from making solvency special payments under section 42.1 of the *General Regulation - Pension Benefits Act* for the above pension plan.

2005-156; 2006-77

FORMULE 8
FORMULE DE RÉPONSE

*(Règlement général -
Loi sur les prestations de pension, art. 42.2)*

Instructions :

1. Veuillez lire l'avis ci-joint. Communiquez avec les personnes nommées à la fin de l'avis pour toute question.
2. Cochez la case qui s'applique (✓).
3. Postez la présente formule dans l'enveloppe-réponse affranchie numérotée ci-jointe. (Ces enveloppes sont numérotées pour des **raisons de sécurité**. Votre réponse demeure confidentielle et sera séparée de l'enveloppe numérotée avant le dépouillement.)

Nom du régime de pension : _____

Numéro d'enregistrement de régime de pension du
Nouveau-Brunswick : NB- _____

Oui, je consens à la proposition de dispense des paiements spéciaux de solvabilité en vertu de l'article 42.1 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension* relativement au régime de pension cité ci-dessus.

Non, je ne consens pas à la proposition de dispense des paiements spéciaux de solvabilité en vertu de l'article 42.1 du *Règlement général - Loi sur les prestations de pension* relativement au régime de pension cité ci-dessus.

2005-156; 2006-77