

IMPORTANT

Pour remplir ce formulaire, veuillez consulter le *Guide de la déclaration annuelle de renseignements*.

1 Numéro du régime

--

2 Fin de l'exercice financier

Année	Mois	Jour

3 Nom du régime (tel que précisé habituellement dans les dispositions du régime)

--

--

4 Administrateur du régime (tel que précisé dans les dispositions du régime)

--

L'administrateur du régime est :

- un comité de retraite (*remplir l'annexe 1*).
- une personne, un organisme ou un groupement habilités par une loi à administrer le régime (*remplir l'annexe 1*).
- un employeur (*moins de 26 participants et bénéficiaires*).

5 Identification de la personne qui représente l'administrateur du régime

--

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de famille	Prénom
Nom de l'employeur de la personne qui représente l'administrateur du régime, le cas échéant		
Numéro		Rue
Ville		Province ou territoire
Pays		Code postal
Téléphone ind. rég.		
Télécopieur ind. rég.		
Courriel		

6 Nom de l'employeur partie au régime

Si plus d'un employeur participe au régime, ne rien inscrire ici ; remplir plutôt l'annexe 2.

	<input type="checkbox"/> Est encore partie au régime <input type="checkbox"/> Modification ci-dessous <input type="checkbox"/> N'est plus partie au régime
--	--

Lorsqu'un seul employeur participe au régime, inscrire ou corriger ci-dessous le nom de l'employeur partie au régime.

Nom de l'employeur

7 Rapport sur la situation financière et rapport sur les placements du régime

Dans le cas d'un régime non garanti, remplir l'annexe 3 a) et l'annexe 4.
 Dans le cas d'un régime garanti, remplir l'annexe 3 b).

8 Assemblée annuelle

Date de l'assemblée annuelle du régime tenue au cours de l'exercice financier visé par la présente déclaration

Année	Mois	Jour	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Les sujets prescrits par la Loi sur les régimes complémentaires de retraite ont-ils été traités lors de cette assemblée ? Oui Non 2

9 Évolution de la participation au régime

Participants actifs

• Nombre de participants actifs à la fin de l'exercice financier précédent	3	<input type="text"/>
• Nombre de participants qui ont adhéré au régime ou qui sont redevenus actifs au cours de l'exercice financier	4	<input type="text"/>
Total des lignes 3 et 4		5 <input type="text"/>
• Nombre de cessations de participation active au cours de l'exercice financier résultant :		
- de la retraite, du décès ou de l'invalidité des participants	6	<input type="text"/>
- d'une autre cause	7	<input type="text"/>
Total des lignes 6 et 7		8 <input type="text"/>
• Nombre de participants actifs à la fin de l'exercice financier	Solde (ligne 5 moins ligne 8) 9 <input type="text"/>	

Participants actifs, non actifs et bénéficiaires

• Nombre de participants actifs et non actifs à la fin de l'exercice financier	10	<input type="text"/>
• Nombre de participants actifs, non actifs et bénéficiaires à la fin de l'exercice financier	11	<input type="text"/>

Reporter le solde de la ligne 11 à la ligne 13 de la section 10.

10 Répartition du nombre de participants actifs, non actifs et bénéficiaires

Emploi de compétence provinciale, selon le lieu de travail	Participants actifs		Total
	Hommes	Femmes	
Québec			
Alberta			
Colombie-Britannique			
Manitoba			
Nouveau-Brunswick			
Nouvelle-Écosse			
Ontario			
Saskatchewan			
Terre-Neuve-et-Labrador			
Territoires du Nord-Ouest			
Territoire du Nunavut			
Territoire du Yukon			
Nombre de participants non actifs et de bénéficiaires relevant des douze administrations indiquées ci-dessus			12.1
Sous-total : Reporter ce nombre à la première case de la ligne 15 de la section 11.			= 12
Île-du-Prince-Édouard			+
Emploi de compétence fédérale			+
Hors du Canada			+
Nombre de participants non actifs et de bénéficiaires relevant des trois administrations indiquées ci-dessus			+ 13.1
Nombre total de participants actifs, non actifs et bénéficiaires (Le total doit correspondre au nombre de participants actifs, non actifs et bénéficiaires inscrits à la ligne 11 de la section 9.)			= 13

11 Calcul des droits exigibles

Inscrire 500 \$ dans le cas d'un régime auquel s'applique le chapitre X de la Loi (celui qui fait l'objet d'une évaluation actuarielle périodique) ; sinon, inscrire 250 \$. \$ 14

Nombre de participants actifs, non actifs et bénéficiaires (ligne 12) x Taux de l'année \$ = \$ 15

Total des lignes 14 et 15 \$ 16

Droits exigibles : \$ 17

Si le total des droits calculés à la ligne 16 est supérieur à 100 000 \$, inscrire 100 000 \$ à la ligne 17. Dans les autres cas, inscrire à la ligne 17 le montant des droits calculés à la ligne 16.

Joindre un chèque à l'ordre de la Régie des rentes du Québec au montant inscrit à la ligne 17.

12 Attestation des signataires

Si le régime est administré par un comité de retraite, un organisme ou groupement habilités par une loi, la présente déclaration doit être signée par deux de ses membres. Si le régime compte moins de 26 participants et bénéficiaires et s'il est administré par un employeur (voir section 4), un seul signataire suffit.

J'atteste que :

- Je suis autorisé à signer la présente déclaration.
- J'ai pris connaissance des renseignements fournis dans la présente déclaration, dans les **annexes 1, 2 et 4**, et dans les sections 1 à 4 de l'**annexe 3 a)** (dans la section 1 de l'**annexe 3 b)** pour un régime garanti).
- Au meilleur de ma connaissance,
 - ces renseignements sont exacts, complets et véridiques et reflètent fidèlement à tous égards importants, la situation financière du régime ;
 - le régime a été administré selon la *Loi sur les régimes complémentaires de retraite*, et les placements ont été faits conformément aux lois et à la politique de placement, sous réserve des irrégularités dont il est fait état dans la présente déclaration.
- Les autres membres du comité de retraite, ou de l'organisme ou groupement habilités par une loi à administrer le régime, ont reçu copie de la présente déclaration.

Nom et prénom du signataire (en lettres détachées)

Nom et prénom du signataire (en lettres détachées)

Fonction (en lettres détachées)

Fonction (en lettres détachées)

Signature _____

Signature _____

Date _____

Date _____

This document is also available in English.

ANNEXE 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DES MEMBRES DU COMITÉ DE RETRAITE

Veillez inscrire les noms, prénoms et adresses des membres du comité de retraite ou des représentants de l'organisme ou du groupe habilités à administrer le régime.

Les renseignements fournis doivent être établis à la date où vous remplissez la présente déclaration. Si l'espace est insuffisant, utilisez des feuilles supplémentaires et joignez-les à la présente déclaration.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville
Province ou territoire		Pays
		Code postal

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville
Province ou territoire		Pays
		Code postal

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville
Province ou territoire		Pays
		Code postal

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville
Province ou territoire		Pays
		Code postal

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville
Province ou territoire		Pays
		Code postal

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom
Numéro	Rue	Ville

Province ou territoire	Pays	Code postal
------------------------	------	-------------

Si l'adresse ci-dessus est celle de l'employeur du membre du comité de retraite, indiquer le nom de l'employeur.

ANNEXE 2 NOMS DES EMPLOYEURS PARTIES AU RÉGIME

Si l'**annexe 2** est préimprimée, veuillez, après avoir coché les cases appropriées, inscrire s'il y a lieu les corrections dans les espaces prévus à cette fin.

Si l'**annexe 2** n'est pas préimprimée, veuillez inscrire les noms des employeurs parties au régime dans les espaces prévus à cette fin.

Les renseignements fournis doivent être établis à la date de la fin de l'exercice financier du régime. Si l'espace est insuffisant, utilisez des feuilles supplémentaires et joignez-les à la présente déclaration.

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Numéro du régime

- Est encore partie au régime
 - Modification ci-dessous
- N'est plus partie au régime
- Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

Est encore partie au régime

- Modification ci-dessous

N'est plus partie au régime

Nouvel employeur ci-dessous

Nom de l'employeur

ANNEXE 3 a) RAPPORT SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME NON GARANTI

Les renseignements demandés dans la présente annexe pour l'exercice financier doivent être établis selon les principes comptables généralement reconnus ; de plus, les placements dans une fiducie globale doivent être répartis selon la méthode de l'intégration proportionnelle.

Les sections 1 à 4 ci-dessous doivent être remplies par l'administrateur du régime.

La section 5 ci-dessous doit être remplie et signée par un vérificateur lorsque le régime répond aux conditions énumérées à la section 4 de la présente annexe.

1 État de l'évolution de l'actif net du régime

1.1 Augmentation de l'actif

Revenus de placement (intérêts, dividendes, loyers, etc.)			\$ 301
Gains (ou pertes) nets sur placements :			
▪ Réalisés		\$ 302	
▪ Non réalisés		\$ 303	
	Total des lignes 302 et 303		\$ 304
Cotisations :			
▪ Salariales		\$ 305	
▪ Volontaires		\$ 306	
▪ Patronales d'exercice		\$ 307	
▪ Montants d'amortissement relatifs à des déficits actuariels		\$ 308	
	Total des lignes 305 à 308		\$ 309
Transferts à la caisse de retraite		\$ 310	
Autres sources d'augmentation (préciser)		\$ 311	
		\$ 312	
		\$ 313	
	Total des lignes 310 à 313		\$ 314
Augmentation totale de l'actif	Total des lignes 301, 304, 309 et 314		\$ 315

1.2 Diminution de l'actif

Dépenses reliées à la gestion des placements			\$ 316
Dépenses d'administration :			
▪ Honoraires professionnels		\$ 317	
▪ Autres		\$ 318	
	Total des lignes 317 et 318		\$ 319
Prestations versées par le régime			\$ 320
Remboursements			\$ 321
Transferts hors de la caisse de retraite dans :			
▪ Un régime complémentaire de retraite		\$ 322	
▪ Autres :			
- Sommes immobilisées		\$ 323	
- Sommes non immobilisées		\$ 324	
	Total des lignes 322 à 324		\$ 325
Autres sources de diminution (préciser)		\$ 326	
		\$ 327	
		\$ 328	
	Total des lignes 326 à 328		\$ 329
Diminution totale de l'actif	Total des lignes 316, 319, 320, 321, 325 et 329		\$ 330
Variation de l'actif net	Solde (ligne 315 moins ligne 330)		\$ 331
Actif net au début de l'exercice	(inscrire l'actif net à la fin de l'exercice financier précédent)		\$ 332
Actif net à la fin de l'exercice	Total des lignes 331 et 332		\$ 333

L'actif net inscrit à la ligne 333 doit être le même que celui inscrit à la ligne 378.

2 Affectation de l'excédent d'actif du régime

Dans le cas d'un régime qui n'a pas à faire l'objet d'une évaluation actuarielle, indiquer le montant de l'excédent d'actif à la fin de l'exercice financier. \$ 334

Indiquer le montant d'excédent d'actif affecté, le cas échéant, à l'acquittement de la part patronale de la cotisation d'exercice. \$ 335

Indiquer la date du rapport relatif à l'évaluation actuarielle qui a servi à déterminer le montant inscrit à la ligne 335. 335.1
Année Mois Jour

3 Actif net

3.1 Actif

3.1.1 Encaisse

Encaisse \$ 336

3.1.2 Placements

Titres d'emprunt :

- Effets et titres à court terme et fonds communs du marché monétaire \$ 337
 - Obligations ou autres titres d'emprunt canadiens :
 - Obligations ou autres titres d'emprunt émis ou garantis par le Québec, le Canada, une province ou une municipalité \$ 338
 - Obligations ou autres titres d'emprunt de sociétés \$ 339
 - Obligations ou autres titres d'emprunt étrangers \$ 340
 - Fonds communs de placement d'obligations et à revenu fixe \$ 341
 - Fonds communs de placement hypothécaires Valeur au coût d'acquisition \$ 342
 - Prêts hypothécaires \$ 343.1 \$ 343
 - Dépôts :
 - Sommes placées dans le fonds général d'un assureur \$ 344
 - Autres dépôts à terme \$ 345
- Total des lignes 337 à 345 \$ 346

Titres de participation :

- Actions canadiennes :
 - Actions de sociétés immobilières \$ 347
 - Autres \$ 348
 - Actions étrangères \$ 349
 - Fonds communs de placement d'actions et fonds communs de croissance :
 - Actions canadiennes \$ 350
 - Actions étrangères Valeur au coût d'acquisition \$ 351
 - Immeubles \$ 352.1 \$ 352
 - Fonds communs de placement immobiliers \$ 353
- Total des lignes 347 à 353 \$ 354

Titres équilibrés (diversifiés) et autres placements :

- Fonds communs de placement équilibrés (diversifiés) \$ 355
 - Autres placements (préciser) \$ 356
 - \$ 357
 - \$ 358
- Total des lignes 346, 354 à 358 \$ 359

3.1.3 Créances

Cotisations à recevoir :

- Salariales et volontaires
- Patronales d'exercice
- Montants d'amortissement relatifs à des déficits

Revenu et gain sur placement à recevoir

Autres sommes à recevoir (préciser)

	\$ 360
	\$ 361
	\$ 362
	\$ 363
	\$ 364
	\$ 365

Total des lignes 360 à 365 \$ 366

3.1.4 Autres éléments d'actif

Autres (préciser)

	\$ 367
	\$ 368

Total des lignes 367 à 368 \$ 369

Actif total

Total des lignes 336, 359, 366 et 369 \$ 370

3.2 Passif

3.2.1 Créiteurs

Emprunts hypothécaires

Autres emprunts

Remboursements, transferts et prestations à payer

Dépenses à payer

Autres sommes à payer (préciser)

Sommes perçues d'avance (préciser)

	\$ 371
	\$ 372
	\$ 373
	\$ 374
	\$ 375
	\$ 376
	\$ 376.1
	\$ 376.2

Passif total

Total des lignes 371 à 376.2 \$ 377

Actif net

Solde (ligne 370 moins ligne 377) \$ 378

L'actif net inscrit à la ligne 378 doit être le même que celui inscrit à la ligne 333.

4 Régimes soumis au questionnaire du vérificateur

Est-ce que le régime comprend 50 participants et bénéficiaires et plus (voir la ligne 11) ?

Oui Non 379

Si oui, faire remplir la section 5 ci-après par un vérificateur et joindre à la présente déclaration le rapport du vérificateur qui accompagne le rapport financier vérifié du régime et le rapport dérivé établi par le vérificateur en relation avec la section 5 ; passer ensuite à l'annexe 4.

Est-ce que la valeur marchande de l'actif net du régime est égale ou supérieure à 1 000 000 \$ (voir la ligne 333) ?

Oui Non 380

Si oui, faire remplir la section 5 ci-après par un vérificateur et joindre à la présente déclaration le rapport du vérificateur qui accompagne le rapport financier vérifié du régime et le rapport dérivé établi par le vérificateur en relation avec la section 5 ; passer ensuite à l'annexe 4.

S'agit-il du premier exercice financier du régime ?

Oui Non 381

Si oui, vous n'avez pas à faire remplir la section 5 ci-dessous par un vérificateur, ni à faire vérifier le rapport financier du régime ; passer directement à l'annexe 4.

Est-ce que les deux conditions sont remplies ?

Oui Non 381.1

- Vous avez informé les participants à l'assemblée annuelle (celle visée à la ligne 1) que vous n'aviez pas l'intention de faire vérifier le rapport financier de l'exercice visé par la présente déclaration.
- Lors de l'assemblée annuelle (celle visée à la ligne 1), moins du tiers des participants présents ou représentés a exigé que le rapport financier soit vérifié par un vérificateur.

Si oui, vous n'avez pas à faire remplir la section 5 ci-dessous par un vérificateur, ni à faire vérifier le rapport financier du régime ; passer directement à l'annexe 4.

Autrement, faire remplir la section 5 ci-après par un vérificateur et joindre à la présente déclaration le rapport du vérificateur qui accompagne le rapport financier vérifié du régime et le rapport dérivé établi par le vérificateur en relation avec la section 5 ; passer ensuite à l'annexe 4.

Décrire chaque placement dont la valeur marchande représente, à la fin de l'exercice financier, plus de 5 % de l'actif du régime : soit dans un même bien ou chez le même émetteur de placement.

Désignation du placement	Nom de l'émetteur	Valeur marchande
		\$ 413
		\$ 414
		\$ 415
		\$ 416
		\$ 417
		\$ 418
		\$ 419
		\$ 420
		\$ 421
		\$ 422
		\$ 423

Qui était chargé, à la fin de l'exercice financier, de la gestion des placements et dans quelle proportion ?

Proportion des placements

Administrateur du régime

% 424

Participants du régime

% 425

Autres, préciser (nommer les cinq principaux gestionnaires de placements) :

% 426
% 427
% 428
% 429
% 430

Le total de la ligne 431 ne peut dépasser 100 %, mais il peut être moindre.

Total

% 431

ANNEXE 3 b) RAPPORT SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GARANTI

1 Primes

Cette section doit être remplie par l'administrateur du régime.

Prime établie par l'assureur pour l'exercice financier :

- Cotisations salariales requises
- Cotisations patronales requises

\$ 390

\$ 391

Total des lignes 390 à 391 \$ 392

Prime versée à l'assureur pour l'exercice financier :

- Cotisations salariales versées
- Cotisations volontaires versées
- Cotisations patronales versées

\$ 393

\$ 394

\$ 395

Total des lignes 393 à 395 \$ 396

Y a-t-il des ristournes, remises ou autres avantages accordés par l'assureur et utilisés en réduction de la prime ? Si oui, pour quelle somme ?

Oui Non \$ 397

Prime à recevoir par l'assureur à la fin de l'exercice financier :

- Cotisations salariales à recevoir
- Cotisations volontaires à recevoir
- Cotisations patronales à recevoir

\$ 398.1

\$ 398.2

\$ 398.3

Total des lignes 398.1 à 398.3 \$ 399

2 Attestation de l'assureur

Cette section doit être remplie et signée par une personne autorisée par l'assureur.

J'atteste que :

- Le régime est un régime garanti au sens de la *Loi sur les régimes complémentaires de retraite*.
- Les renseignements présentés dans la présente annexe sont exacts, complets et véridiques.

Nom et prénom de la personne autorisée (en lettres détachées)

Fonction de la personne autorisée (en lettres détachées)

Nom et adresse de l'assureur (en lettres détachées)

Nom			
Numéro	Rue	Ville	
Province ou territoire	Pays		Code postal

Signature _____ Date _____