



# Certificat de cotisation au Fonds de garantie des prestations de retraite

Formule 2.1 - Approuvé par le surintendant des services financiers conformément à la Loi sur les régimes de retraite, L.R.O. 1990, c. P.8, telle que modifiée (la « LRR »)

**Veillez vérifier TOUS les renseignements inscrits ci-dessous. Si des renseignements sont inexacts ou incomplets, veuillez faire les corrections nécessaires.**

**Renvoyez cette formule à l'adresse suivante :**  
**Ministère des Finances**  
 Direction des services à la clientèle  
 CP 620  
 33 rue King Ouest  
 Oshawa ON L1H 8E9

## PARTIE 1

### Identification

N° d'enregistrement	Nom du régime de retraite		
Type de régime <input type="checkbox"/> Entreprise unique <input type="checkbox"/> Retraite individuel <input type="checkbox"/> Interentreprises	Type de prestations <input type="checkbox"/> Prestations déterminées <input type="checkbox"/> Cotisations déterminées <input type="checkbox"/> Régime combiné (p. ex. cotisations déterminées - prestations déterminées pour services passés)	Période de déclaration du régime de de _____ année _____ mois _____ jour à de _____ année _____ mois _____ jour	Langue <input type="checkbox"/> anglais/ <i>English</i> <input type="checkbox"/> français

### Administrateur du régime - Nom et adresse postale

Personne-ressource			
Titre			
Nom de l'entreprise			
Adresse			
Ville			
Province/État		Code postal/Zip	
Pays			
Téléphone	(Indicatif régional)	Poste	Télécopieur (Indicatif régional)

### Responsable du régime - Nom et adresse

Nom			
Adresse			
Ville			
Province/État		Code postal/Zip	
Pays			
Téléphone	(Indicatif régional)	Poste	Télécopieur (Indicatif régional)

### Fiduciaire de la caisse de retraite (y compris la compagnie d'assurance) - Nom et adresse

Fiduciaire : Particulier  Personne morale

Nom			
Adresse			
Ville			
Province/État		Code postal/Zip	
Pays			
Téléphone	(Indicatif régional)	Poste	Télécopieur (Indicatif régional)

## PARTIE 2 - À remplir par l'actuaire

Veillez remplir les cases suivantes selon le dernier rapport actuariel déposé auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO).

Est-ce un recalcul d'un Certificat de cotisation au Fonds de garantie des prestations de retraite qui a été déjà déposé?

Oui  Non

### NOTA :

Si la base de cotisation au Fonds de garantie est de **zéro**, ne remplissez pas [301] à [305] inclusivement, et inscrivez zéro à [306].

Date d'évaluation du dernier rapport actuariel déposé auprès de la CSFO

année	mois	jour

Période couverte par le rapport actuariel de :

année	mois	jour	à	année	mois	jour

Actif de solvabilité	[301]		\$
Passif du Fonds de garantie	[302]		
Passif de solvabilité	[303]		
Ratio d'actif ontarien - ([302] divisée par [303])	[304]		
Portion du fonds ontarien - ([301] multipliée par le ratio à [304])	[305]		
Base de cotisation au Fonds de garantie - ([302] moins [305] ; si négatif, inscrivez zéro)	[306]		
Montant du passif supplémentaire pour fermeture d'entreprise ou des prestations de mise à pied permanente, ou les deux, qui n'est pas financé et qui est assujéti à la cotisation en vertu du sous-alinéa 37 (4) a) (ii) du Règlement 906 R.R.O. 1990, tel que modifié	[307]		

## PARTIE 3 - Déclaration de l'actuaire

Je certifie que je suis au courant du régime de retraite susmentionné et que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans la PARTIE 2 de la présente formule sont véridiques et exacts.

FAIT à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, (jour) \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ (année)

Signature du témoin

Signature de l'actuaire

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Nom de l'actuaire (en caractères d'imprimerie)

Adresse du témoin (en caractères d'imprimerie)

Titre professionnel (en caractères d'imprimerie)

Affiliation corporative

**PARTIE 4 - À remplir par le représentant autorisé de l'administrateur du régime de retraite**

**Rajustement à la base de cotisation au Fonds de garantie**

L'employeur a-t-il effectué des paiements spéciaux entre la date d'évaluation du dernier rapport actuariel déposé et la date d'établissement de la cotisation, qui dépassent les paiements spéciaux minimaux exigés conformément à ce rapport?

**Oui** (Veuillez remplir les cases suivantes)  **Non** (Inscrivez le montant de [306] à [309])

Périodes entre la date d'évaluation du dernier rapport actuariel et la date d'établissement de la cotisation	Paiements spéciaux minimaux exigés conformément au dernier rapport actuariel		Paiements spéciaux effectués par l'employeur
	Passif à long terme non capitalisé	Déficit de solvabilité	
<b>Première année (ou une partie de celle-ci) dans la période de :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div> <p style="text-align: center;">à</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div>	\$		
<b>Deuxième année (ou une partie de celle-ci) dans la période de :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div> <p style="text-align: center;">à</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div>			
<b>Troisième année (ou une partie de celle-ci) dans la période de :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div> <p style="text-align: center;">à</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>année</span> <span>mois</span> <span>jour</span> </div>			
<b>Total de toutes les périodes</b>	<b>[A]</b>	<b>[B]</b>	<b>[C]</b>

Montant dépassant les paiements spéciaux minimaux : \$  
**[C] - ([A] + [B])** ..... [308] ↓

Base de cotisation au Fonds de garantie applicable ..... [306] - [308] (si négatif, inscrivez zéro) ..... [309] ↓

**PARTIE 5 - Calcul de la cotisation au Fonds de garantie**

Nota : Si le montant à [309] est zéro, inscrivez zéro à [313] et passez à [314].

0,5 % de toute portion de la base de cotisation au fonds de garantie applicable [309] qui est moins de 10 % du passif du fonds de garantie [302] ..... [310] ↓

1,0 % de toute portion de la base de cotisation au fonds de garantie applicable [309] qui est 10 % ou plus mais moins de 20 % du passif du fonds de garantie [302] ..... [311] ↓

1,5 % de toute portion de la base de cotisation au fonds de garantie applicable [309] qui est 20 % ou plus que le passif du fonds de garantie [302] ..... [312] ↓

**Somme des montants:** [310] + [311] + [312] ..... [313] ↓

(suite à la page 4)

**PARTIE 5 - Calcul de la cotisation au Fonds de garantie (suite)**

Participants au régime ontarien	[314]				
Anciens participants et autres bénéficiaires ontarien	[315]				
<b>Total des</b> [314] + [315]	[316]		X 5,00 \$ =	[317]	\$
<b>Somme des montants</b> [313] + [317]	[318]				
Nombre de participants au régime, anciens participants et autres bénéficiaires ontarien	[316]		X 300,00 \$ =	[319]	
Le montant le plus bas de [318] ou [319]	[320]				
2,0 % de [307]	[321]				
<b>Total de la cotisation au Fonds de garantie</b> (Somme des montants [320] + [321], minimum 250,00 \$)	[322]				
Taxe de vente au détail (8 % de [322])	[323]				
<b>Montant total à payer</b> (Somme des montants [322] + [323])	[324]				
S'il s'agit d'un recalcul de la cotisation, inscrivez le montant de la cotisation précédente versé pour cette période	[325]				
<b>Montant exigible/Remboursement</b> ([324] - [325])	[326]				

Veillez remettre le chèque à l'ordre du : **Fonds de garantie des prestations de retraite**

**PARTIE 6 - Attestation**

À titre de représentant autorisé de l'administrateur du régime de retraite mentionné ci-dessus, je certifie que tous les renseignements fournis aux Parties 1, 4 et 5 de la présente formule sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques et exacts.

FAIT à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année)

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Signature du représentant autorisé \_\_\_\_\_

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Nom du représentant autorisé (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Adresse du témoin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Titre/poste (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

PIPBF4 006

Les renseignements fournis dans le Certificat de cotisation au Fonds de garantie des prestations de retraite sont recueillis par la Commission des services financiers de l'Ontario. L'autorisation légale de la Commission des services financiers de l'Ontario pour la collecte des renseignements, y compris des renseignements personnels se trouve à l'article 20 de la Loi sur l'accès à l'information et à l'article 18 du règlement y afférent. Le certificat fourni à la Commission des services financiers de l'Ontario des renseignements concernant le régime de retraite. Les renseignements sont utilisés principalement pour confirmer que toutes les lois applicables ont été respectées et pour établir les cotisations au Fonds de garantie des prestations de retraite. Si vous avez des questions sur la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec la Commission des services financiers de l'Ontario, par courriel à [pensioninquiries@fscs.gov.on.ca](mailto:pensioninquiries@fscs.gov.on.ca) ou par téléphone en utilisant le numéro sans frais 1-877-668-0111.

Prière de NE PAS détacher

Commission des services financiers de l'Ontario

**Avis de paiement**



**Certificat de cotisation au Fonds de garantie des prestations de retraite**

Inscrivez le montant du paiement joint dans l'espace prévu à cet effet. Veuillez faire le chèque à l'ordre du **Fonds de garantie des prestations de retraite** et renvoyer avec le Certificat de cotisation au Fonds de garantie des prestations de retraite à l'adresse suivante :  
Ministère des Finances, Direction des services à la clientèle, CP 620, 33, rue King Ouest, Oshawa ON L1H 8E9.

Date d'échéance	
Paiement joint	\$