

**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 télégraphie,
- (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 comprenant 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

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
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