

**Formulaire 15.1 – Formulaire de consentement :  
Participant**

Aux fins de l'article 101.1 de la *Loi sur les régimes de retraite*  
(L.R.O. 1990, chap. P.8) (la « LRR »)  
Approuvé conformément à l'article 113.2 de la LRR

**Généralités**

Le participant, l'ancien participant ou le participant retraité d'un régime de retraite individuel ou d'un régime désigné pour l'application de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) doit utiliser le présent formulaire si cette personne veut consentir au choix par l'employeur de soustraire le régime à l'application de la *Loi sur les régimes de retraite* (« LRR »), des règlements pris en application de la LRR et des règles établies par l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (« ARSF ») en application de la LRR (sauf si c'est nécessaire pour la mise en application de l'article 101.1 de la LRR).

Si le participant, l'ancien participant ou le participant retraité souhaite consentir au choix de l'employeur, il doit :

- remplir et signer le consentement formant la partie 2 du présent formulaire;
- remplir la déclaration formant la partie 3 du présent formulaire et signer la déclaration figurant dans la partie 3 en la présence d'un commissaire aux affidavits ou d'une autre personne autorisée qui peut recevoir la déclaration du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité (le commissaire aux affidavits ou la personne autorisée devant également remplir et signer sa partie de la déclaration figurant dans la partie 3);
- remettre ce formulaire rempli et signé à l'employeur qui fait le choix.

**Partie 1 – Désignation du régime**

Nom du régime de retraite (le « régime »)

Numéro d'enregistrement

Date de prise d'effet de l'exemption

**Partie 2 – Consentement**

Je suis un participant, un ancien participant ou un participant retraité du régime identifié dans la partie 1 du présent Formulaire de consentement : Participant.

Je comprends que l'employeur du régime (l'« employeur ») a l'intention de choisir de soustraire le régime à l'application de la *Loi sur les régimes de retraite* (« LRR »), des règlements pris en application de la LRR et des règles établies par l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (« ARSF ») en application de la LRR.

Je comprends que si l'exemption prend effet :

- la LRR, les règlements pris en application de la LRR et les règles établies par l'ARSF en application de la LRR ne s'appliqueront plus aux prestations ni aux droits que j'ai accumulés dans le cadre du régime, qu'ils aient été accumulés avant ou après la date de prise d'effet de l'exemption;
- l'ARSF ne pourra me fournir de l'aide pour m'aider dans ma relation avec l'administrateur du régime.

Je consens à l'exemption du régime de l'application de la LRR, des règlements pris en application de la LRR et des règles établies par l'ARSF en application de la LRR.

**Signature**

Nom du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité du régime (en caractères d'imprimerie)

Date (aaaa/mm/jj)

Signature du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité du régime

### Partie 3 – Déclaration

Je, \_\_\_\_\_ ,  
Nom du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité du régime (en caractères d'imprimerie)

déclare solennellement que :

**(Choisir une seule option parmi les suivantes)**

- J'ai un conjoint/une conjointe, et ce dernier/cette dernière a consenti à l'exemption du régime en remplissant et en signant son propre Formulaire de consentement.
- J'ai un conjoint/une conjointe, mais nous vivons séparés de corps.
- Je n'ai pas de conjoint/conjointe.

Je fais cette déclaration solennelle la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et le même effet que si elle était faite sous serment.

#### Signature

\_\_\_\_\_  
Nom du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité du régime (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de l'ancien participant ou du participant retraité du régime

#### À remplir par le commissaire aux affidavits ou une autre personne autorisée

Déclaration faite devant moi,

\_\_\_\_\_  
Signature du commissaire aux affidavits ou de la personne autorisée

à \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
Ville ou village (imprimé) Province (imprimé)

le \_\_\_\_\_ .  
Jour (numéro, imprimé) Mois (imprimé) Année (imprimé)

\_\_\_\_\_  
Nom du commissaire aux affidavits ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Autorité du commissaire aux affidavits ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

Remarque : Indiquez l'autorité de la personne lui permettant de recevoir la déclaration, par exemple « Commissaire aux affidavits dans et pour la province de l'Ontario ». La déclaration peut également être prise par une personne autorisée, en vertu de la *Loi sur la preuve* (L.R.O. 1990, chap. E.23), à recevoir des déclarations.