

Transactions entre les sociétés d'assurance constituées au Canada et leurs sociétés affiliées et agences étrangères, leurs comptes en banque et d'autres sociétés ou personnes à l'extérieur du Canada, 2017

Confidentiel une fois rempli

Veuillez en faire une copie pour vos dossiers

If you prefer this questionnaire in English, please check

Sans frais : 1-800-565-1685
 Télécopieur : 1-888-883-7999
 Courriel : statcan.infostats-infostats.statcan@canada.ca

En cas d'erreur(s), prière de corriger le nom et l'adresse ci-dessus

Directives							
Autorité :	Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur la statistique, Lois révisées du Canada, 1985, chapitre S-19. EN VERTU DE CETTE LOI, IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LE PRÉSENT QUESTIONNAIRE.						
But de l'enquête :	Les données recueillies servent à la préparation des états de la balance des paiements internationaux et du bilan des investissements internationaux du Canada. De tels états aident le gouvernement du Canada à établir les politiques monétaires et celles de taux de change. Votre information pourrait aussi être utilisée par Statistique Canada à d'autres fins statistiques et de recherche.						
Divulgaration des renseignements transmis par télécopieur ou courriel :	Si vous nous transmettez le questionnaire par télécopieur ou par courrier électronique, Statistique Canada tient à vous avertir que la transmission des renseignements peut poser un risque de divulgation. Toutefois, dès la réception du document, Statistique Canada offrira le niveau de protection garanti pour tous les renseignements recueillis aux termes de la Loi sur la statistique.						
Confidentialité :	La loi interdit à Statistique Canada de divulguer toute information recueillie qui pourrait dévoiler l'identité d'une personne, d'une entreprise ou d'un organisme sans leur permission ou sans en être autorisé par la loi. Statistique Canada utilisera les données de cette enquête à des fins statistiques.						
Couplages d'enregistrements :	Dans le but d'améliorer les données de la présente enquête, Statistique Canada pourrait combiner les renseignements de cette enquête avec ceux provenant d'autres enquêtes ou de données administratives.						
Période observée :	Veuillez déclarer vos engagements au 31 décembre 2017. Si ce n'est pas possible, veuillez indiquer la fin de période de l'année d'exercice la plus proche : <table style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Année</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année			
Jour	Mois	Année					
Retour de ce questionnaire :	Le présent questionnaire doit être retourné dûment rempli dans les quatre semaines suivant sa réception à : Statistique Canada, 150 promenade Tunney's Pasture, Centre de distribution SC-0505, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Si vous avez besoin d'éclaircissements, vous pouvez téléphoner sans frais au 1-800-565-1685 . Par télécopieur : 1-888-883-7999 ou par courriel : statcan.infostats-infostats.statcan@canada.ca						
Détail géographique :	Utilisez la liste des codes ci-jointe pour identifier le pays. Si un pays n'est pas identifié sur la liste, veuillez écrire le nom au complet.						
Renseignements sur la société							
Veuillez joindre une copie de l'organigramme de la société tel que demandé par le Bureau du surintendant des institutions financières du Canada ou par votre organisme provinciale de réglementation. (Pour celles qui complètent la P&C-1, veuillez inclure les pages 10.30 et 10.40; celles qui complètent le BSIF-54 veuillez inclure la page 10.070.)							
L'organigramme de la société fourni? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							
1. Un actionnaire ou groupe d'actionnaires apparentés est-il propriétaire de plus de 50% des actions ordinaires de la société?	Code du pays (se référer à la liste de codes ci-jointe)						
Oui <input type="checkbox"/> → Dans l' affirmative , quel est le nom et le pays de résidence de l'actionnaire ou du groupe majoritaire?							
Non <input type="checkbox"/>	Fédéral (CAN) ou provincial/territorial						
2. Territoire où est constituée la compagnie déclarante :	Code						
(AB, BC, MB, NB, NL, NS, NT, NU, ON, PE, QC, SK, YT)							
3. La société fait-elle partie d'un groupe canadien?							
Dans l' affirmative → énumérez les autres sociétés d'assurance canadiennes ou les succursales d'assureurs étrangers enregistrés au Canada qui font partie du groupe, s'il y a lieu.							
Dans l' affirmative → quelle est la dénomination de la société mère ultime du groupe?							
Pays de contrôle de la société mère ultime (se référer à la liste de code ci-jointe)	Code du pays						
Opérations d'assurance							
1. Est-ce que la société cède des contrats canadiens ou des contrats hors Canada à des assureurs non-enregistrés, non-résidents?							
Société affiliées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Société non-affiliées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
↳ Dans l' affirmative , veuillez compléter soit les parties 1A et 1B ↵							
2. La société procède-t-elle à des opérations sur contrats hors Canada à partir d'un bureau ou d'une succursale canadienne?							
Société affiliées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Société non-affiliées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
↳ Dans l' affirmative , veuillez compléter soit les parties 1C et 2 ↵							
Si vous avez répondu « Non » aux deux questions précédentes, vous n'avez qu'à remplir la partie 3 de la présente déclaration.							
Merci							
Date	Téléphone :	Nom et fonction du responsable	Signature				
	Télécopieur :						
	Courriel :						

