

Impôt à payer par un assureur pour le compte d'une personne résidant hors du Canada ayant aliéné une police d'assurance vie

Ce formulaire s'adresse à tout assureur ayant fait souscrire une police d'assurance vie à un titulaire (ci-après appelé *vendeur*) qui a aliéné la police alors qu'il résidait hors du Canada et que la personne pour laquelle la police a été souscrite résidait au Québec au moment de la souscription ou de la délivrance de la police.

Dans ce cas, l'assureur doit payer au ministre, à titre d'impôt pour le compte du vendeur, un montant correspondant à 30 % de l'excédent du produit de l'aliénation de la police sur son coût de base rajusté.

Vous devez nous transmettre ce formulaire, accompagné du paiement, dans les 30 jours suivant la fin du mois où l'aliénation a eu lieu. Faites-nous parvenir le tout à l'adresse suivante :

Certificat – Non-résident
Revenu Québec
3800, rue de Marly, secteur JO
Québec (Québec) G1X 4A5

Remplissez un formulaire distinct pour chaque police. Toutefois, si plusieurs polices sont aliénées au même moment en faveur du même acheteur, vous pouvez remplir un seul formulaire.

1 Renseignements sur le vendeur

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)	Numéro d'identification	Dossier	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance
		IC 0001		
				A A A A M M J J
Nom du vendeur				
Adresse				
				Code postal

2 Renseignements sur l'assureur

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)	Numéro d'identification	Dossier		
		IC 0001		
Nom de l'assureur				
Adresse				
				Code postal
Nom de la personne-ressource	Ind. rég.	Téléphone	Poste	



3 Renseignements sur la police et impôt à payer pour le compte du vendeur

Date de l'aliénation <small>A A A A M M J J</small>	Numéro de la police d'assurance vie	Produit de l'aliénation	Coût de base rajusté		Excédent du produit de l'aliénation sur le coût de base rajusté
					1
				+	2
				+	3
				+	4
				+	5
				+	6
				+	7
Additionnez les montants des lignes 1 à 7.				=	8
Montant de la ligne 8 multiplié par 30%				×	9
				=	10
Effectuez le paiement par chèque ou par mandat à l'ordre du ministre du Revenu du Québec.					11

30%

Somme jointe

4 Signature

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans tout document joint sont exacts et complets.

Nom du représentant autorisé

Titre ou fonction

Adresse

Signature du représentant autorisé

Date

Ind. rég.

Téléphone

Poste



11IU ZZ 49497385