

As of 2017-09-23, this is the most current version available. It is current for the period set out in the footer below. It is the first version and has not been amended.

Le texte figurant ci-dessous constitue la codification la plus récente en date du 2017-09-23. Son contenu était à jour pendant la période indiquée en bas de page. Il s'agit de la première version; elle n'a fait l'objet d'aucune modification.

THE INSURANCE CORPORATIONS TAX ACT
(C.C.S.M. c. I50)

LOI SUR L'IMPOSITION DES COMPAGNIES
D'ASSURANCE
(c. I50 de la C.P.L.M.)

Insurance Corporations Tax Regulation

Règlement concernant les formules à utiliser

Regulation 391/87 R
Registered November 13, 1987

Règlement 391/87 R
Date d'enregistrement : le 13 novembre 1987

1 The forms set out in the schedule, namely, Forms 1, 2, 3 and 4, are prescribed for use by insurers and special brokers, and in making returns required under the Act.

1 Les formules figurant à l'annexe, c'est-à-dire les formules 1, 2, 3 et 4, sont prescrites afin d'être utilisées par les assureurs et les courtiers spéciaux et de servir à la préparation des déclarations exigées par la *Loi*.

SCHEDULE

Form 1

Receipt No. _____
 Tax _____
 Penalty _____
 Date _____

PROVINCE OF MANITOBA
 INSURANCE COMPANIES (LIFE)
 TAX RETURN

Final Reconciliation Return due on or before March 31, 19____

To be filed under the provisions of "The Insurance Corporations Tax Act", for the year ended December 31, 19____

(One copy of Return to be mailed to the Superintendent of Insurance, 1142-405 Broadway Avenue, Winnipeg, Manitoba R3C 3L6)

NAME OF COMPANY _____

ADDRESS OF COMPANY _____

- | | | |
|----|---|----------|
| 1. | Gross DIRECT life assurance premiums receivable
(Disregard reinsurance assumed or ceded) | \$ _____ |
| | ADD: (a) Premiums receivable outside
Manitoba in respect to
residents of Manitoba | \$ _____ |
| | (b) Premiums related
to Staff Insurance Plans | _____ |
| | (c) Other (please detail)
_____ | _____ |
| 2. | Total direct Life assurance premiums receivable | \$ _____ |
| 3. | DEDUCT: (Under Life assurance contracts only) | |
| | (a) Cash value of
dividends payable | \$ _____ |
| | (b) Other (please detail)
_____ | _____ |
| 4. | Total deductions | \$ _____ |
| 5. | Taxable premium income | \$ _____ |
| 6. | Tax payable at 2% of item 5 | \$ _____ |

For use where tax payable exceeds total of quarterly payments:

Tax payable \$ _____
 Less: Quarterly payments _____
 Balance of tax due \$ _____
 Payment enclosed \$ _____

For use where total of quarterly payments exceeds tax payable:

Quarterly payments \$ _____
 Less: Tax payable _____
 Refund claimed \$ _____

(Cheque payable to Minister of Finance of Manitoba)

CERTIFICATION

I _____ hereby certify that the foregoing statement is true and correct and in accordance with the provisions of *The Insurance Corporations Tax Act*.

At _____
 (Place)

 (Signed)

 (Date)

 (Rank)

IMPORTANT

The above figures must agree with those reported in the Annual Statement to the Superintendent of Insurance, Manitoba; if not, a reconciliation of the difference must be attached.

MG-1752

Form 2

Receipt No. _____
 Tax _____
 Penalty _____
 Date _____

Insurance Companies (Other-Than-Life)
 Tax Return

Final Reconciliation Return due on or before March 31, 19____

To be filed under the provisions of "The Insurance Corporations Tax Act", for the year ended December 31, 19____

(One copy of Return to be mailed to the Superintendent of Insurance, 1142 - 405 Broadway Avenue, Winnipeg, Manitoba R3C 3L6.)

NAME OF COMPANY _____

ADDRESS OF COMPANY _____

1.	Gross DIRECT premiums receivable less return premiums (Disregard reinsurance assumed or ceded)		\$ _____
2.	DEDUCT:		
	(a) Premium note business on Fire and Hail by Mutual Companies	\$ _____	
	(b) Dividends payable to policyholders	\$ _____	
	(c) Marine Insurance (See definition Sec. 2f.)	\$ _____	
	(d) Accident and Sickness DIRECT premiums receivable less return premiums	\$ _____	
	TOTAL DEDUCTIONS:		\$ _____
3.	Deduct item 2 from item 1		\$ _____
4.	TAX PAYABLE AT 3% OF ITEM 3.		\$ _____
5.	TAX PAYABLE AT 2% of ITEM 2.(d)		\$ _____
	TOTAL TAX PAYABLE:		\$ _____

For use where tax payable exceeds total of quarterly payments:

For use where total of quarterly payments exceeds tax payable:

Tax Payable	\$ _____	Quarterly tax paid	\$ _____
Less: Quarterly payments paid	_____		
Balance of Tax	_____	Less: Tax payable	_____
Payment enclosed	_____	Refund claimed	_____

(Cheque payable to Minister of Finance of Manitoba)

CERTIFICATION

I _____ hereby certify that the foregoing statement is true and correct and in accordance with the provisions of *The Insurance Corporations Tax Act*.

At	_____	_____
	(Place)	(Signed)
	_____	_____
	(Date)	(Rank)

IMPORTANT

The above figures must agree with those reported in the Annual Statement to the Superintendent of Insurance, Manitoba; if not, a reconciliation of the difference must be attached.

MG-1753

Form 3

Receipt No. _____
 Tax _____
 Penalties _____
 Date _____

QUARTERLY PREMIUM TAX RETURN
 To be filed under the provisions of
 THE INSURANCE CORPORATIONS TAX ACT

ON OR BEFORE DUE DATE

1st QUARTER [] 2nd QUARTER [] 3rd QUARTER [] 4th QUARTER []
 APRIL 30 JULY 31 OCTOBER 31 JANUARY 31

Name _____

Address _____
 (Street and Number)

- 1. Amount of taxable premium income reported
 for Manitoba in _____
 (preceding year)
 - 2. Amount of total premium tax paid in
 preceding year in respect of Manitoba
 business _____
 - 3. Amount of tax payable herewith
 (1/4 of item 2.) _____
 - 4. Penalty for late payment
 (1% of item 3 plus 6% interest) _____
 - 5. Penalty for underpayment
 (2% of balance unpaid plus 6% interest) _____
- TOTAL REMITTED HEREWITH _____

(Cheque to be made payable to the Minister of Finance of Manitoba)

DECLARATION

I, _____
(Name) (Title)

of the _____
(Name of Company)

hereby declare that the foregoing statement is true and correct.

Dated at _____
in the Province of _____
this _____ day of _____

Signature of Authorized Officer of the Company

Rank of Officer

RETURN ONE COPY OF THIS FORM TO THE SUPERINTENDENT OF INSURANCE

1142 - 405 Broadway Avenue, Winnipeg R3C 3L6

Form 4

Receipt No. _____
Tax _____
Penalty _____
Date _____

**SPECIAL BROKERS
TAX RETURN**

Final Reconciliation Return due on or before March 31, 19____

To be filed under the provisions of "The Insurance Corporations Tax Act", for the year ended December 31, 19____

(One copy of Return to be mailed to the Superintendent of Insurance, 1142 - 405 Broadway Avenue, Winnipeg, Manitoba R3C 3L6.)

NAME OF SPECIAL BROKER _____

ADDRESS OF SPECIAL BROKER _____

1.	GROSS PREMIUMS FOR INSURANCE PLACED WITH UNLICENSED INSURERS DURING YEAR ENDED DECEMBER 31, 19____	\$ _____
2.	DEDUCTIONS: (specify) _____ \$ _____ _____	
	TOTAL DEDUCTIONS	_____
3.	TOTAL TAXABLE PREMIUMS (Deduct item 2. from item 1.)	\$ _____
4.	TAX PAYABLE AT 3% OF ITEM 3.	\$ _____
5.	LESS: QUARTERLY PAYMENTS PAID	_____
6.	BALANCE OF TAX PAYABLE	\$ _____

I, _____ of the _____

of _____ in the Province of Manitoba, Special Broker, make oath and say

1. That I am the person named in the Final Reconciliation Tax Return above set out.
2. That all statements made and information and matters included in the Final Reconciliation Tax Return above set out are true and correct.

Sworn before me at the _____)
 of _____)
 in the Province of _____)
 this _____ day of _____ 19 ____)

_____))
 _____)
 A Commissioner for Oaths)
 (or a Notary Public, as the case may require)
 _____)
 (My commission expires _____ 19____)

(Signature)

ANNEXE

Formule 1

Reçu n° _____
 Impôt _____
 Pénalité _____
 Date _____

PROVINCE DU MANITOBA
 COMPAGNIES D'ASSURANCE (VIE)
 DÉCLARATION D'IMPÔT

Déclaration finale de conciliation due au plus tard le 31 mars 19____

À déposer conformément aux dispositions de la *Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance*, pour l'année ayant pris fin le 31 décembre 19____

(Poster une copie de la déclaration au Surintendant des assurances, 1142-405, avenue Broadway, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6)

NOM DE LA COMPAGNIE _____

ADRESSE DE LA COMPAGNIE _____

- | | | |
|-----------|---|----------|
| 1. | Primes brutes d'assurance-vie DIRECTES, recouvrables
(Ne pas tenir compte de la réassurance acceptée ou cédée) | _____ \$ |
| AJOUTER : | | |
| a) | Primes recouvrables à l'extérieur
du Manitoba à l'égard des
résidents du Manitoba | _____ \$ |
| b) | Primes relatives aux régimes
d'assurance des employés | _____ \$ |
| c) | Autres (veuillez préciser) | _____ \$ |
| <hr/> | | |
| 2. | Total des primes d'assurance-vie directes, recouvrables | _____ \$ |
| 3. | DÉDUIRE : (pour les contrats d'assurance-vie seulement) | |
| a) | Valeur au comptant des
dividendes payables | _____ \$ |
| b) | Autres (veuillez préciser) | _____ \$ |
| <hr/> | | |
| 4. | Total des déductions | _____ \$ |
| 5. | Revenu imposable tiré des primes | ===== \$ |
| 6. | Impôt de 2 % à payer sur le montant inscrit au poste 5 | ===== \$ |

À remplir lorsque l'impôt payable excède le total des versements trimestriels :

Impôt payable _____ \$
 Moins :
 Versements trimestriels _____ \$
 Solde d'impôt exigible _____ \$
 Paiement inclus _____ \$

À remplir lorsque le total des paiements trimestriels excède l'impôt payable :

Versements trimestriels _____ \$
 Moins : impôt payable _____ \$
 Remboursement demandé _____ \$

(Chèque à l'ordre du ministre des Finances du Manitoba)

ATTESTATION

Je, soussigné, _____ atteste que la déclaration qui précède est véridique, exacte et conforme aux dispositions de la *Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance*.

À _____
 (Endroit)

 (Signature)

 (Date)

 (Titre)

IMPORTANT

Les montants ci-dessus doivent concorder avec les montants indiqués dans la déclaration annuelle présentée au Surintendant des assurances du Manitoba. Dans le cas contraire, annexer un état de conciliation expliquant l'écart entre les deux montants.

MG-1752F

Formule 2

Reçu n° _____
 Impôt _____
 Pénalité _____
 Date _____

Compagnies d'assurance
 (autres que les compagnies d'assurance-vie)
 Déclaration d'impôt

Déclaration finale de conciliation due au plus tard le 31 mars 19____

À déposer conformément aux dispositions de la *Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance*, pour l'année ayant pris fin le 31 décembre 19____

(Poster une copie de la déclaration au Surintendant des assurances, 1142-405, avenue Broadway, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6)

NOM DE LA COMPAGNIE _____

ADRESSE DE LA COMPAGNIE _____

1.	Primes brutes DIRECTES recouvrables, moins les ristournes de primes (Ne pas tenir compte de la réassurance acceptée ou cédée)	_____ \$
2.	DÉDUIRE :	
	a) Volume d'affaires réalisé par des compagnies d'assurance mutuelles sur les primes d'assurance-incendie et d'assurance contre la grêle, selon le système de billets de souscription	_____ \$
	b) Dividendes payables aux détenteurs de polices	_____ \$
	c) Assurance maritime (voir la définition à l'article 2)	_____ \$
	d) Primes DIRECTES d'assurance-maladie et d'assurance-accident recouvrables, moins les ristournes de primes	_____ \$
	TOTAL DES DÉDUCTIONS	_____ \$
3.	Déduire (2) de (1)	===== \$
4.	IMPÔT DE 3 % À PAYER SUR LE MONTANT INSCRIT AU POSTE 3	_____ \$
5.	IMPÔT DE 2 % À PAYER SUR LE MONTANT INSCRIT AU POSTE 2d)	_____ \$
	IMPÔT TOTAL PAYABLE	===== \$

À remplir lorsque l'impôt payable excède le total des versements trimestriels :

Impôt payable _____ \$
 Moins :
 Versements trimestriels déjà versés _____ \$
 Sode d'impôt exigible _____ \$
 Paiement inclus _____ \$

À remplir lorsque le total des paiements trimestriels excède l'impôt payable :

Impôt trimestriel payé _____ \$
 Moins : impôt payable _____ \$
 Remboursement demandé _____ \$

(Chèque à l'ordre du ministre des Finances du Manitoba)

ATTESTATION

Je, soussigné, _____ atteste que la déclaration qui précède est véridique, exacte et conforme aux dispositions de la *Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance*.

À _____ (Endroit) _____ (Signature)
 _____ (Date) _____ (Titre)

IMPORTANT

Les montants ci-dessus doivent concorder avec les montants indiqués dans la déclaration annuelle présentée au Surintendant des assurances du Manitoba. Dans le cas contraire, annexer un état de conciliation expliquant l'écart entre les deux montants.

MG-1753F

Formule 3

Reçu n° _____
 Impôt _____
 Pénalité _____
 Date _____

DÉCLARATION TRIMESTRIELLE D'IMPÔT SUR LES PRIMES
 À déposer conformément aux dispositions de
 la Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance

À L'ÉCHÉANCE OU AVANT

1^{er} TRIMESTRE [] 2^e TRIMESTRE [] 3^e TRIMESTRE [] 4^e TRIMESTRE []
 30 AVRIL 31 JUILLET 31 OCTOBRE 31 JANVIER

Nom _____

Adresse _____
 (Rue et numéro)

- | | | |
|----|---|-------|
| 1. | Montant du revenu imposable tiré des primes déclaré à l'égard du Manitoba en _____
(année précédente) | _____ |
| 2. | Montant de l'impôt total sur les primes payé au cours de l'année précédente relativement aux affaires réalisées au Manitoba | _____ |
| 3. | Montant de l'impôt payable aux présentes
(1/4 du montant inscrit au poste 2) | _____ |
| 4. | Pénalité pour paiement en retard (1 % du montant inscrit au poste 3 plus 6 % d'intérêt) | _____ |
| 5. | Pénalité pour paiement insuffisant (2 % du solde exigible plus 6 % d'intérêt) | _____ |
| | PAIEMENT TOTAL INCLUS | _____ |

(Faire le chèque à l'ordre du ministre des Finances du Manitoba)

DÉCLARATION

Je, soussigné, _____
(Nom) (Titre)

de la _____
(Nom de la compagnie)

déclare que la déclaration qui précède est véridique et exacte.

Fait à _____
dans la province de _____
le _____
(Date)

Signature du dirigeant autorisé de la compagnie

Titre du dirigeant

RETOURNER UNE COPIE DE LA PRÉSENTE FORMULE AU SURINTENDANT DES ASSURANCES,

1142-405, avenue Broadway, Winnipeg R3C 3L6.

Formule 4

Reçu n° _____
 Impôt _____
 Pénalité _____
 Date _____

**COURTIERS SPÉCIAUX
 DÉCLARATION D'IMPÔT**

Déclaration finale de conciliation due au plus tard le 31 mars 19____

À déposer conformément aux dispositions de la *Loi sur l'imposition des compagnies d'assurance*, pour l'année ayant pris fin le 31 décembre 19____

(Poster une copie de la déclaration au Surintendant des assurances, 1142-405, avenue Broadway, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6)

NOM DU COURTIER SPÉCIAL _____

ADRESSE DU COURTIER SPÉCIAL _____

1.	PRIMES BRUTES À L'ÉGARD DES CONTRATS D'ASSURANCE PLACÉS AUPRÈS D'ASSUREURS NON TITULAIRES DE LICENCE DURANT L'ANNÉE AYANT PRIS FIN LE 31 DÉCEMBRE 19____	_____ \$
2.	DÉDUCTIONS : (préciser) _____ \$ _____	
	DÉDUCTIONS TOTALES	_____
3.	TOTAL DES PRIMES IMPOSABLES (Déduire le montant inscrit au poste 2 du montant inscrit au poste 1)	_____ \$
4.	IMPÔT PAYABLE AU TAUX DE 3 % DU MONTANT INSCRIT AU POSTE 3	_____ \$
5.	MOINS : VERSEMENTS TRIMESTRIELS DÉJÀ VERSÉS	_____
6.	SOLDE DE L'IMPÔT PAYABLE	_____ \$

Je, soussigné, _____ de _____,

de _____ courtier spécial dans la province du Manitoba, déclare sous serment que :

1. je suis la personne mentionnée dans la présente déclaration finale de conciliation;
2. toutes les déclarations et tous les renseignements inclus dans la présente déclaration finale de conciliation sont véridiques et exacts.

Déclaré sous serment devant moi
à _____
de _____ dans la
province du _____
ce _____ jour de _____ 19____.

(Signature)

Commissaire à l'assermentation
(ou notaire public, selon le cas)

(Mon mandat vient à échéance
le _____ 19____.)