

---

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

---

**Insurance Corporations Tax Regulation**

---

Regulation 391/87 R  
Registered November 13, 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.

---

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

---

**Règlement concernant les formules à utiliser**

---

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

**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<br>(Disregard reinsurance assumed or ceded) | \$ _____ |
|    | ADD: (a) Premiums receivable outside<br>Manitoba in respect to<br>residents of Manitoba     | \$ _____ |
|    | (b) Premiums related<br>to Staff Insurance Plans  | _____    |
|    | (c) Other (please detail)<br>_____  | _____    |
| 2. | Total direct Life assurance premiums receivable   | \$ _____ |
| 3. | DEDUCT: (Under Life assurance contracts only)   |          |
|    | (a) Cash value of<br>dividends payable  | \$ _____ |
|    | (b) Other (please detail)<br>_____  | _____    |
| 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:

For use where total of quarterly payments exceeds tax payable:

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

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)

\_\_\_\_\_  
 The Queen's Printer  
 for the Province of Manitoba

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<br>(Ne pas tenir compte de la réassurance acceptée ou cédée) | _____ \$ |
| AJOUTER : |   |          |
| a)        | Primes recouvrables à l'extérieur<br>du Manitoba à l'égard des<br>résidents du Manitoba                           | _____ \$ |
| b)        | Primes relatives aux régimes<br>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<br>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<sup>er</sup> TRIMESTRE [ ]      2<sup>e</sup> TRIMESTRE [ ]      3<sup>e</sup> TRIMESTRE [ ]      4<sup>e</sup> 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 _____<br>(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<br>(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\_\_\_\_.)