ARSF
Autorité ontarienne de réglementation des services financiers

Ontario

Déblocage de fonds en cas de difficultés financières – FORMULAIRE DFDF1

Demande pour frais médicaux

(en vertu des annexes 1, 1.1, 2 et 3 du Règlement 909)

Formulaire à utiliser pour les demandes en 2026

Présentez la demande à l'institution financière qui administre votre compte immobilisé.

Ne la présentez pas à l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (ARSF).

Veuillez lire le Guide de l'utilisateur avant de remplir votre demande.

Le présent formulaire est à utiliser pour demander le déblocage et le retrait de fonds de votre compte immobilisé de l'Ontario (compte de retraite avec immobilisation des fonds [CRIF], fonds de revenu viager [FRV] ou fonds de revenu de retraite immobilisé [FRRI]) en cas de difficultés financières liées à des frais médicaux. Ces frais médicaux doivent être liés à une maladie ou une incapacité physique :

- de vous-même (le titulaire du compte immobilisé),
- de votre conjoint,
- d'une personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint.

Cela comprend les frais visant à modifier votre résidence principale ou celle de la personne à votre charge en raison de la maladie ou de l'incapacité en question.

Vous ne pouvez demander le retrait de fonds pour les frais médicaux d'une même personne qu'une seule fois par année civile.

Vous devez demander le retrait d'au moins 500 $. Vous ne pouvez demander le retrait d'une somme supérieure au montant maximum autorisé. Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur.

Tout montant dont le retrait est approuvé sera réduit au titre de l'impôt. D'autres montants pourraient également être déduits. Vous devriez demander à votre institution financière une estimation du montant qui sera déduit. Faites-le avant de décider du total dont vous souhaitez demander le retrait. Vous ne pouvez pas demander le retrait d'une somme supérieure au montant maximum autorisé.

Tout retrait de fonds de votre compte immobilisé peut également avoir des répercussions sur vos prestations gouvernementales. Pour en savoir davantage, communiquez avec le ministère ou l'organisme gouvernemental qui verse ces prestations.

Lorsque vous retirez de l'argent de votre compte immobilisé, ces fonds perdent la protection contre les créanciers. De plus, les fonds retirés ne seront plus disponibles à l'avenir pour contribuer à votre revenu de retraite.

Remarque : En vertu des règles sur la protection de la vie privée, votre institution financière doit respecter les obligations suivantes :

- vous informer des fins auxquelles les renseignements personnels vous concernant sont collectés, utilisés ou divulgués;
- suivre toutes les règles applicables en matière de protection de la vie privée.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 1 - Renseignements sur le titulaire du compte immobilisé de l'Ontario

1. Fournissez les renseignements personnels à votre sujet :

Nom de famille	Prénom
Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Adresse postale

Numéro d'appart.	Numéro de voirie	Nom de la rue

Ville	Province ou État	Code postal	Pays

Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse courriel

2. Fournissez les renseignements suivants sur votre compte immobilisé de l'Ontario :

Nom de l'institution financière et numéro de contrat ou de compte de votre compte immobilisé de l'Ontario

3. Le Guide de l'utilisateur définit le terme « conjoint » aux fins de la présente demande. Si vous avez un conjoint à la date où vous signez la présente demande, donnez des renseignements sur cette personne :

Nom de famille	Prénom
Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

☐ Cochez cette case si l'adresse postale du conjoint est la même que votre adresse postale; sinon, donnez les renseignements suivants :

Numéro d'appart.	Numéro de voirie	Nom de la rue

Ville	Province ou État	Code postal	Pays

☐ Cochez cette case si le nº de téléphone du conjoint est le même que le vôtre; sinon, donnez l'information suivante :

Numéro de téléphone du conjoint

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 2 – Frais médicaux

Le terme « frais médicaux » désigne les frais relatifs à des produits et services de nature médicale ou dentaire, ainsi que les frais suivants :

- les frais déjà facturés (ou qui le seront) pour des modifications à votre résidence principale ou à celle de la personne à votre charge qui sont rendus nécessaires par la maladie ou l'incapacité qui vous touche, qui touche votre conjoint ou qui touche la personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint;
- les frais supplémentaires déjà facturés pour la construction d'une résidence principale qui sont rendus nécessaires par la maladie ou l'incapacité qui vous touche, qui touche votre conjoint ou qui touche la personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint.

Si vous avez un conjoint et que votre conjoint et vous-même vivez séparés de corps en raison de la rupture de votre relation conjugale, vous ne pouvez pas présenter de demande pour des frais liés à des modifications de la résidence principale de votre conjoint.

Si vous présentez une demande en raison de frais médicaux relatifs à plusieurs personnes, vous devez remplir une demande séparée pour chaque personne. Un médecin ou un dentiste doit remplir une déclaration concernant chaque personne.

1. Qui est atteint de la maladie ou de l’incapacité physique?

La personne qui présente la maladie ou l’incapacité physique doit être l’une des personnes suivantes (veuillez cocher l’une des cases suivantes) :

◯ vous-même

◯ votre conjoint

◯ une personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint (veuillez consulter le Guide de l’utilisateur)

Si vous avez coché la case « une personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint », veuillez donner les renseignements suivants concernant la personne à charge :

Nom de famille	Prénom
Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

☐ Cochez cette case si l'adresse postale de la personne à charge est la même que votre adresse postale; sinon, donnez les renseignements suivants :

Numéro d’appart.	Numéro de voirie	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays

☐ Cochez cette case si le no de téléphone de la personne à charge est le même que le vôtre; sinon, donnez l’information suivante :

Nº de téléphone de la personne à charge

2. Outre la présente demande, avez-vous présenté en 2026 une demande de retrait de fonds de ce compte immobilisé en raison de frais médicaux pour la personne indiquée à la question 1?

◯ Oui ◯ Non

Si vous répondez « Oui », vous ne pouvez pas présenter en 2026 de nouvelle demande de retrait de fonds de ce compte immobilisé pour des frais médicaux concernant cette personne. Vous devez attendre jusqu’en 2027 pour présenter une nouvelle demande.

Suite de la Partie 2 à la page suivante

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

3. Quel est le montant maximum que vous pouvez retirer?

Le montant maximum que vous pouvez débloquer et retirer est le montant le moins élevé des montants suivants :

a) 50 p. 100 du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP) pour 2026, à savoir : 37 300 $

et

b) la somme :

(i) du montant des frais médicaux déjà facturés pour la personne indiquée à la question 1 et

(ii) du montant estimatif total des frais médicaux prévus pendant 12 mois après la date de signature de la présente demande : $

c) Saisissez le montant le moins élevé entre 3a et 3b – c'est le maximum que vous pouvez retirer : $

4. Quel montant demandez-vous à retirer de ce compte immobilisé? $

Remarque : Vous ne pouvez pas demander à retirer un montant :

- supérieur au solde de votre compte immobilisé;
- supérieur au montant maximum que vous avez le droit de retirer (case 3 c);
- inférieur à 500 $.

Remarque : Si votre demande est approuvée, le montant que vous avez demandé à retirer sera réduit par une retenue d'impôt à la source. D'autres montants pourraient également être déduits.

5. Quelle résidence principale a été modifiée, ou le sera?

La résidence principale doit être l'une des résidences suivantes :

◯ votre résidence principale, située à l'adresse ci-dessous :

◯ la résidence principale de la personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint, située à l'adresse ci-dessous :

Numéro d'appart.	Numéro de voirie	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays

Autres documents exigés :

Vous devez remettre à votre institution financière une déclaration concernant les frais médicaux. Cette déclaration doit être signée et datée par l'une des personnes suivantes :

- un médecin autorisé à exercer la médecine au Canada;
- un dentiste autorisé à exercer la dentisterie au Canada.

Le médecin ou le dentiste peut :

- soit remplir la Partie 5 de la présente demande;
- soit fournir une lettre contenant les renseignements requis.

La déclaration du médecin ou du dentiste doit être complète et signée ou datée au plus 12 mois avant sa réception par l'institution financière.

Certains professionnels tels les chiropraticiens et les physiothérapeutes ne sont pas reconnus comme des médecins à cette fin. Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour en savoir plus à ce sujet.

Vous devez fournir à votre institution financière des copies des reçus ou des devis correspondant au montant total des frais médicaux sur lesquels porte la demande. Les reçus pour frais médicaux déjà facturés doivent être signés ou datés au plus 12 mois avant leur réception par l'institution financière. Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour obtenir des détails.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 3 – Attestation du titulaire du compte immobilisé

Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur avant de remplir la présente attestation.

Cette attestation ne peut pas être remplie plus de 60 jours avant la date à laquelle votre institution financière reçoit la présente demande dûment remplie.

Attestation

Je suis le titulaire du compte immobilisé désigné à la Partie 1 de cette demande. Par la présente, je demande le retrait, à partir du compte immobilisé, du montant précisé à la Partie 2 de la demande. Je comprends que le montant que l'on m'autorise à retirer sera réduit par une retenue d'impôt à la source payable sur les fonds retirés du compte. Je comprends que des montants supplémentaires peuvent aussi être déduits par mon institution financière.

J'atteste que, à la date de la signature de cette attestation : (cochez une seule case ci-dessous)

◯ j'ai un conjoint*, et cette personne consent au retrait de ces fonds du compte immobilisé.
(Si vous cochez cette case, votre conjoint doit remplir la Partie 4 de la présente demande.)

◯ j'ai un conjoint*, mais à la date où je signe cette attestation, je vis séparé(e) de mon conjoint en raison de la rupture de notre relation conjugale.
(Si vous cochez cette case, votre conjoint n'a PAS à remplir la Partie 4 de la présente demande.)

◯ j'ai un conjoint*, mais les fonds détenus dans mon compte immobilisé ne proviennent en aucun cas, directement ou indirectement, d'une prestation de retraite se rapportant à mon emploi passé ou présent. (Consultez le Guide de l'utilisateur pour obtenir des explications et des exemples.)
(Si vous cochez cette case, votre conjoint n'a PAS à remplir la Partie 4 de la présente demande.)

◯ je n'ai pas de conjoint*.

J'atteste également que :

(a) tous les renseignements figurant dans la présente demande et dans les documents qui l'accompagnent sont exacts et complets;
(b) je n'ai pas présenté en 2026 de demande antérieure de retrait de fonds de ce compte immobilisé pour cause de frais médicaux relatifs à la personne nommée à la Partie 2 de la présente demande.

Je comprends ce qui suit :

(a) l'argent retiré du compte immobilisé ne bénéficiera plus de l'exemption, prévue à l'article 66 de la Loi sur les régimes de retraite de l'Ontario, de l'exécution, de la saisie ou de la saisie-arrêt par des personnes comme des créanciers;
(b) le fait de fournir des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente demande est une infraction au titre de la *Loi sur les régimes de retraite de l'Ontario*, punissable d'une amende maximum de 100 000 $ pour une première déclaration de culpabilité et d'une amende maximum de 200 000 $ pour une déclaration subséquente;
(c) en outre, le fait de créer ou d'utiliser sciemment un faux document dans l'intention de le présenter comme étant un document authentique est une infraction criminelle au titre du Code criminel fédéral, punissable sur déclaration de culpabilité d'un emprisonnement maximum de 10 ans.

* Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour connaître la définition du terme « conjoint » aux termes de la *Loi sur les régimes de retraite de l'Ontario*.

Le titulaire du compte immobilisé doit signer cette attestation.

Signature du titulaire	Date de la signature (aaaa/mm/jj)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 4 – Consentement du conjoint du titulaire à la demande

Il faut remplir cette partie uniquement si le titulaire du compte immobilisé coche le premier choix à la Partie 3 de la présente demande, attestant ainsi avoir un conjoint, et si les circonstances imposent le consentement du conjoint. Si le titulaire du compte a coché le premier choix à la Partie 3 de la présente demande, il ne peut présenter cette demande que si son conjoint consent au retrait des fonds du compte par le titulaire. Il est interdit au titulaire du compte immobilisé de remplir cette partie.

Si vous êtes le conjoint du titulaire du compte immobilisé, il vous est demandé de consentir à la demande du titulaire. Le titulaire demande le déblocage et le retrait de fonds de son compte. Vous devriez obtenir les conseils d'un avocat à propos de vos droits et des conséquences juridiques de la signature du consentement ci-dessous. Rien ne vous oblige à signer ce consentement.

Si vous souhaitez consentir à la demande du titulaire, veuillez lire le consentement ci-dessous. Si vous estimez qu'il décrit correctement votre situation, veuillez alors apposer votre signature, inscrire la date et fournir les renseignements demandés.

Le consentement ne sera pas valide aux fins de la présente demande si la date qui y est indiquée remonte à plus de 60 jours avant la date à laquelle l'institution financière la reçoit.

Consentement

Je suis le conjoint du titulaire du compte immobilisé indiqué à la Partie 1 de la présente demande.

Je comprends ce qui suit :

(a) le titulaire du compte immobilisé présente une demande de déblocage et de retrait de fonds du compte immobilisé;
(b) le titulaire ne peut pas retirer de fonds du compte immobilisé sans mon consentement;
(c) tant que ces fonds sont détenus dans le compte immobilisé, je peux avoir droit à une part de ces fonds (cela est possible en cas de rupture de notre relation conjugale ou si le titulaire décède);
(d) à la suite de tout retrait de fonds du compte immobilisé, je peux perdre tout droit de toucher une part de l'argent retiré.

Je consens à la demande, présentée par le titulaire, de retirer des fonds du compte immobilisé.

Je donne mon consentement en signant et en datant ce consentement.

Signature du conjoint du titulaire	Date de la signature (aaaa/mm/jj)

Renseignements sur le conjoint

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 5 – Déclaration d'un médecin ou d'un dentiste

La présente demande doit inclure une déclaration signée par un médecin ou un dentiste titulaire d'un permis l'autorisant à exercer la médecine ou la dentisterie, selon le cas, au Canada. Le médecin ou le dentiste doit indiquer que, à son avis, les frais médicaux qui font l'objet de la présente demande sont ou étaient nécessaires pour traiter la maladie ou l'incapacité physique de la personne en question ou que les modifications d'une résidence principale sont ou étaient rendues nécessaires par la maladie ou l'incapacité physique de la personne. Pour satisfaire cette exigence, on peut faire remplir cette partie par un médecin ou un dentiste. Il est également acceptable de fournir un document séparé signé et daté par un médecin ou un dentiste et contenant tous les renseignements requis dans cette partie.

Il est interdit au titulaire du compte immobilisé de remplir cette partie.

Si vous êtes médecin ou dentiste titulaire d'un permis vous autorisant à exercer au Canada, vous pouvez remplir la Déclaration du médecin ou du dentiste ci-après pour les besoins de la présente demande. Si vous désirez remplir la Déclaration ci-après, veuillez ne cocher qu'une des cases qui y figurent et fournir les autres renseignements exigés dans la Déclaration. Veuillez signer, dater et fournir les renseignements au bas de la Déclaration, en joignant des feuillets supplémentaires au besoin.

La Déclaration du médecin ou du dentiste ne sera pas valable pour les besoins de la présente demande si sa date est antérieure de plus de 12 mois à la date à laquelle l'institution financière reçoit cette déclaration.

Déclaration du médecin ou du dentiste

Je suis : (cochez une seule case ci-dessous)

◯ médecin titulaire d'un permis qui m'autorise à exercer la médecine dans une autorité législative du Canada

◯ dentiste titulaire d'un permis qui m'autorise à exercer la dentisterie dans une autorité législative du Canada

À mon avis, _____
(Nom, en caractères d'imprimerie, de la personne indiquée à la Partie 2 de cette demande qui présente ou présentait la maladie ou l'incapacité physique.)

présente ou présentait une maladie ou une incapacité physique, et l'une des conditions suivantes est remplie :

- les frais médicaux suivants sont ou étaient nécessaires pour le traitement de cette personne;
- les modifications suivantes à une résidence principale sont ou étaient nécessaires du fait de la maladie ou de l'incapacité physique de cette personne;
- les frais de construction supplémentaires suivants liés à une résidence principale étaient rendus nécessaires par la maladie ou l'incapacité physique de cette personne.

Veuillez saisir en caractères d'imprimerie l'adresse de la résidence principale où les modifications indiquées à la Partie 2 de cette demande sont nécessaires.

Suite de la Partie 5 à la page suivante

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Renseignements sur le médecin ou le dentiste

Nom de famille	Prénom
Deuxième prénom	Nº d'inscription ou de permis

Adresse du cabinet

Numéro de bureau	Numéro de voirie	Nom de la rue	
Ville		Province ou État	Code postal
Pays		Numéro de téléphone	
Signature du médecin ou du dentiste			Date de la signature (aaaa/mm/jj)

Imprimer Effacer Sauvegarder

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario