



PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

La présente proposition vise une police établie sur la base des réclamations présentées et déclarées. La police s'applique uniquement aux réclamations présentées pour la première fois contre l'assuré pendant la période d'assurance et déclarées au Régime collectif d'assurance responsabilité professionnelle des CPA Inc. par écrit pendant la période d'assurance ou la période de déclaration prolongée. Si une police est émise, la présente proposition en deviendra partie intégrante; par conséquent, il importe que vous répondiez à toutes les questions correctement. **TOUTES LES RÉCLAMATIONS CONNUES OU ÉVENTUELLES ET TOUS LES INCIDENTS DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉS À VOS ASSUREURS AVANT LA DATE D'ÉCHÉANCE DE VOTRE POLICE ACTUELLE.**

INSTRUCTIONS Veuillez lire attentivement tous les énoncés et toutes les questions de la présente proposition. Répondez à toutes les questions; si la question ne s'applique pas à votre situation, inscrivez « s.o. ». Les chiffres doivent être arrondis aux nombres les plus proches.

Si les renseignements fournis changent entre la date de signature de la présente proposition et la date de prise d'effet de la police, vous devez en avvertir le Régime collectif d'assurance responsabilité professionnelle des CPA Inc. par courriel à cga@cpaplan.ca.

A. PROPOSANT (Inscrivez tous les *cabinets inscrits et actifs pour l'ensemble des régions, y compris les sociétés professionnelles et les sociétés constituées en personne morale, qui requièrent une garantie)

<u>Nom du cabinet*</u>	<u>Domaine d'exercice principal</u>	<u>Date de constitution</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nom de la personne-ressource : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Courriel : _____

Adresses des bureaux régionaux : _____

B. LIMITES ET FRANCHISE

Veillez faire un choix :	Limite par réclamation	Franchise par réclamation	Prime de base par professionnel en exercice à temps plein	Rabais par professionnel à temps plein	Prime de base par professionnel en exercice à temps partiel	Rabais par professionnel à temps partiel
<input type="checkbox"/>	1 000 000 \$	1 000 \$	1 135 \$	425 \$	602 \$	69 \$
<input type="checkbox"/>	2 000 000 \$	1 000 \$	1 416 \$	425 \$	751 \$	86 \$

La limite et la franchise sont épuisées par certaines dépenses et peuvent être assujetties à des sous-limites. Veuillez lire le libellé de la police attentivement.

	Praticien autonome ou cabinet d'un CPA	Cabinet de deux CPA	Cabinet de trois CPA ou plus
Limite globale par période d'assurance	2 000 000 \$	4 000 000 \$	6 000 000 \$

C. INSCRIRE TOUS LES CPA

Professionnels en exercice à temps plein (revenus bruts annuels de plus de 15 000 \$)

Nom	N° de membre	Province de l'exercice
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Professionnels en exercice à temps partiel (revenus bruts annuels de 15 000 \$ ou moins)

Nom	N° de membre	Province de l'exercice
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

D. CALCUL DES PRIMES ET MODALITÉS DE PAIEMENT

Prime de base par CPA à temps plein :	Nombre total de CPA à temps plein _____ × prime applicable _____		_____	\$
Prime de base par CPA à temps partiel :	Nombre total de CPA à temps partiel _____ × prime applicable _____	+	_____	\$
Frais non remboursables :	99 \$ par proposition en ligne ou 170 \$ par proposition papier	+	170.00	\$
Taxe de vente :	8 % applicable aux professionnels en exercice de l'Ontario et du Manitoba	+	_____	\$
	15% Terre-Neuve et Labrador; 6% Saskatchewan			
	Sous-total	=	_____	\$
Rabais par CPA à temps plein :	Nombre total de CPA à temps plein _____ × rabais applicable _____	-	_____	\$
Rabais par CPA à temps partiel :	Nombre total de CPA à temps partiel _____ × rabais applicable _____	-	_____	\$
	Total à payer	=	_____	\$

Paieement par Visa ou MasterCard : Composez le 1 800 267-4734

Paieement par chèque à l'ordre du Régime collectif des CPA Inc. : à envoyer au 277, rue Wellington Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3H2

Si votre chèque est refusé par la banque, vous devrez envoyer immédiatement votre paiement par chèque certifié ou mandat couvrant le MONTANT TOTAL à verser plus des frais administratifs de 25 \$.

E. REVENUS BRUTS ANNUELS

Total des revenus bruts de tous les cabinets inscrits à la section A pour le dernier exercice _____ \$

F. NATURE DES SERVICES (Remarque : Les services de certification sont couverts uniquement si la législation applicable vous permet de réaliser des missions de certification.)

	Pourcentage des revenus bruts
1. Missions d'audit auprès de sociétés ouvertes (inscrivez les noms des sociétés ouvertes)	_____ %

2. Missions d'audit auprès de coopératives d'épargne et de crédit (inscrivez les noms des coopératives d'épargne et de crédit)	_____ %

3. Missions d'audit auprès de tous les autres types d'entité	_____ %
4. Missions d'examen	_____ %
5. Missions de compilation	_____ %
6. Préparation de déclarations de revenus	_____ %
7. Planification fiscale et successorale	_____ %
8. Services-conseils en gestion	_____ %
9. Séquestre et syndic de faillite	_____ %
10. Évaluation et courtage d'entreprises	_____ %
11. Services d'exécuteur testamentaire / liquidateur de succession et de mandataire	_____ %
12. Planification financière personnelle	_____ %
13. Services PrimePlus, auparavant appelés Services Eldercare	_____ %
14. Services de juricomptabilité	_____ %
15. Conseils en placement	_____ %
16. Tenue de comptes	_____ %
	Total : 100 %

G. AUTRES PAYS

Le cabinet proposant fournit-il des services à l'extérieur du Canada? Non Oui _____ %

Le cabinet proposant fournit-il des services au Canada à des personnes physiques ou morales résidant aux É.-U., ou pour le compte de celles-ci? Non Oui _____ %

H. DÉCLARATION SUR L'EXISTENCE DE RÉCLAMATIONS, CONSENTEMENT ET SIGNATURE

Une ou des réclamations ont-elles été présentées contre vous, votre cabinet, votre personnel actuel ou antérieur, ou l'une de vos entités préexistantes, individuellement ou collectivement, relativement à des services couverts par l'assurance proposée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le proposant ou l'un des directeurs non associés, associés ou dirigeants actuels ont-ils connaissance de quelque incident, acte, erreur ou omission antérieures qui pourraient donner lieu à une réclamation couverte par l'assurance proposée? Dans l'affirmative, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Nouvelle situation : veuillez fournir sur une autre feuille des précisions, notamment sur les dates et les sommes réclamées; OU <input type="checkbox"/> Situation déjà déclarée : veuillez fournir toute nouvelle information	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Par la présente, je déclare que les affirmations et renseignements ci-dessus sont véridiques et que je n'ai ni dissimulé, ni rapporté incorrectement des faits importants, et j'accepte que la présente proposition et les renseignements connexes fournis servent de base au contrat d'assurance. Je m'engage à informer les assureurs advenant tout changement important relatif aux renseignements fournis dans la présente proposition avant ou après la prise d'effet du contrat d'assurance. La signature de la présente proposition n'oblige pas les assureurs à accepter le contrat d'assurance ni n'oblige le proposant à le souscrire. La prime fixée doit être payée pour que prenne effet la garantie selon les limites et la franchise correspondant à cette prime.

Par votre signature, vous attestez que vous êtes le représentant autorisé de tous les propriétaires, actionnaires, dirigeants, associés et employés de tous les cabinets mentionnés dans la présente proposition et que vous avez obtenu le consentement de ces personnes quant à la collecte, à l'utilisation et à la communication de tous les renseignements personnels les concernant. Vous pouvez consulter la politique sur la protection des renseignements personnels du Régime collectif d'assurance responsabilité professionnelle des CPA Inc. à l'adresse suivante : www.cpaplan.ca/fr.

Autorisation à divulguer des renseignements sur l'assurance responsabilité professionnelle à votre ordre provincial des comptables professionnels agréés (« ordre provincial »).

- Par la présente, je, le soussigné, pour le compte de mon cabinet et de tous les CPA nommés dans ce formulaire de proposition, autorise le Régime d'assurance responsabilité professionnelle des CPA Inc. (« le gestionnaire ») à transmettre une copie du certificat d'assurance de mon cabinet et/ou à divulguer des renseignements relativement à la nature et l'étendue de la garantie d'assurance responsabilité professionnelle, pour le compte de mon cabinet, de mon ordre provincial. Le gestionnaire s'engage à transmettre copie du tel certificat ou à divulguer de tels renseignements uniquement en réponse à une demande de la part de l'ordre provincial.
- Je, le soussigné, n'autorise pas le gestionnaire à faire parvenir une copie du certificat d'assurance couvrant mon cabinet ni à divulguer tout renseignement au sujet de la garantie d'assurance responsabilité professionnelle de mon cabinet à mon ordre provincial. Je m'engage donc à faire parvenir l'attestation d'assurance à mon ordre provincial.

Nom du signataire autorisé (associé ou directeur non associé) : _____

Date : _____ Signature : _____