

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION

à la Police d'Assurance Collective
de la Responsabilité Civile Professionnelle
des comptables et fiscalistes agréés
souscrite par l'I.P.C.F.

A renvoyer à l'Institut, à l'adresse suivante :

I.P.C.F., Assurance Responsabilité Civile Professionnelle
Avenue Legrand 45 -B- 1050 Bruxelles
ou via courriel : info@ipcf.be

Je, soussigné,

Nom :

Prénom :

Numéro national :

déclare vouloir adhérer à la date du / / 20.....

à la Police d'Assurance Collective de la Responsabilité Civile Professionnelle souscrite par
l'Institut Professionnel des Comptables et Fiscalistes Agréés par l'intermédiaire de la SA
Marsh avec la Compagnie d'assurances, SA Allianz Benelux

Je suis,

Membre IPCF sous le numéro

Stagiaire IPCF sous le numéro

en cours d'inscription auprès de l'IPCF

Je suis actuellement couvert(e) par une police d'assurance R.C. Professionnelle n°

.....

auprès de la compagnie

que j'ai résiliée pour sa prochaine échéance :/...../.....

Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :

Dénomination :

N° IPCF :

N° d'entreprise :

Nombre d'associés I.P.C.F.¹ :

Nom :

Prénom :

N° IPCF :

Nom :

Prénom :

N° IPCF :

Nom :

Prénom :

N° IPCF :

Date :

Signature :

¹ Tous les membres ou stagiaires IPCF qui exercent des prestations comptables pour compte de tiers au sein et pour compte de la personne morale et dont les prestations sont donc facturées en direct par cette personne morale (ce qui exclut les sous-traitants qui facturent à la personne morale avant que celle-ci ne facture aux clients)

En cas d'exercice dans plusieurs personnes morales :

Société 2

<input type="checkbox"/> Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :		
Dénomination :		
N° IPCF :	N° d'entreprise :	
Nombre d'associés I.P.C.F.:		
Nom :	Prénom :	N° IPCF :
Nom :	Prénom :	N° IPCF :
Nom :	Prénom :	N° IPCF :

Société 3

<input type="checkbox"/> Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :		
Dénomination :		
N° IPCF :	N° d'entreprise :	
Nombre d'associés I.P.C.F.:		
Nom :	Prénom :	N° IPCF :
Nom :	Prénom :	N° IPCF :
Nom :	Prénom :	N° IPCF :

Date:

Signature: