

**Formulaire de demande d'adhésion
à la police collective de Responsabilité Civile Professionnelle
souscrite par l'IPCF.
A renvoyer à l'Institut, à l'adresse suivante
IPCF, Assurance Responsabilité Civile Professionnelle
Avenue Legrand 45 - 1050 Bruxelles**

Je, soussigné,

Prénom:		Nom:	
Rue:		N°	
		Bte	
Code postal:		Commune:	
Tel:		Fax:	
		e-mail :	
N°1.P.C.F.		N° de d'entreprise:	

déclare vouloir adhérer à la date du / / . à la police Collective de Responsabilité Civile Professionnelle souscrite par l'Institut Professionnel des Comptables et Fiscalistes Agréés à l'intervention des sociétés Marsh SA et Allianz SA.

Je suis, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptable agréé IPCF ▪ Comptable-fiscaliste agréé IPCF ▪ Comptable stagiaire IPCF avec des activités à titre personnel ▪ Comptable-fiscaliste stagiaire IPCF avec des activités à titre personnel 	Cocher la case correspondante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

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 :/...../.....	Cocher si OUI <input type="checkbox"/>
--	---

Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :	Cocher si OUI <input type="checkbox"/>
---	---

Dénomination:	
Rue	
	N°
	Bte
Code postal:	Commune:
N° de d'entreprise:	N° IPCF
Nombre d'associés IPCF ¹ :	
Prénom:	Nom:
	N°
Prénom:	Nom:
	N°
Prénom:	Nom:
	N°

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.

Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :					Cocher si OUI <input type="checkbox"/>		
Dénomination							
Rue :				N°		Bte	
Code postal:				Commune:			
N° de d'entreprise:				N°PCF			
Nombre d'associés IPCF. :							
Prénom:			Nom:			N°	
Prénom:			Nom:			N°	
Prénom:			Nom:			N°	

Société 3.

Je demande l'extension de la garantie à la personne morale définie ci-dessous :					Cocher si OUI <input type="checkbox"/>		
Dénomination							
Rue :				N°		Bte	
Code postal:				Commune:			
N° de d'entreprise:				N°PCF			
Nombre d'associés IPCF. :							
Prénom:			Nom:			N°	
Prénom:			Nom:			N°	
Prénom:			Nom:			N°	

Date

Signature

Prénom + Nom