

**ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE  
FORMULAIRE DE PROPOSITION B  
GARANTIES EXCÉDENTAIRES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES  
POUR LES MEMBRES DE L'ORDRE DES COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DU QUÉBEC**

La présente police est établie sur la base des réclamations présentées et déclarées. Elle s'applique uniquement aux réclamations présentées pour la première fois contre l'assuré pendant la période d'assurance et déclarées à l'assureur 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 avec précision.

**INSTRUCTIONS**

**Veillez lire attentivement tous les énoncés et toutes les questions que renferme la présente proposition.**

**Remplissez un Formulaire B par cabinet.**

**Répondez à toutes les questions; si la question ne s'applique pas à votre situation, inscrivez « s/o ».**

**Arrondissez vos réponses numériques au nombre entier le plus proche.**

**Si, faute d'espace, vous ne pouvez répondre complètement aux questions, reportez-vous à la section U ou joignez des feuilles supplémentaires en annexe.**

**A. Proposant (Énumérez tous les cabinets actifs qui requièrent une protection, notamment les sociétés professionnelles et les sociétés constituées en personne morale, et faites parvenir une copie de votre papier à en-tête)**

<u>Nom du cabinet</u>	<u>Nature des services</u>	<u>Date de création</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_\_ N° de télécopieur ( ) \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Méthode de correspondance préférée : courriel  télécopieur  courrier

Adresse des bureaux régionaux \_\_\_\_\_

Les bureaux régionaux ont-ils une raison sociale distincte? \_\_\_\_ Dans l'affirmative, veuillez inscrire celle-ci à la section A.

Le proposant est-il ou a-t-il été membre d'une société nominale ou d'une association de moyens canadiennes d'experts-comptables pour lesquelles une assurance responsabilité professionnelle est/était nécessaire? Oui  Non  Si tel est le cas, veuillez préciser :

<u>Nom de la société nominale</u>	<u>Nature des services</u>	<u>Date de création / Date de cessation des activités</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<u>Nom d'autres participants</u>	<u>Titre professionnel</u>	<u>Numéro de membre CPA</u>	<u>Date d'obtention du titre</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**B. Propriétaires, actionnaires, associés, dirigeants**

<u>Nom</u>	<u>Titre professionnel</u>	<u>Numéro de membre CPA</u>	<u>Date d'obtention du titre</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**CPA à titre contractuel ou per diem**

<u>Nom</u>	<u>Heures par année</u>	<u>Numéro de membre CPA</u>	<u>Date d'obtention du titre</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<u>Personnel</u>	<u>Temps plein</u>	<u>Temps partiel</u>
Nombre total de propriétaires, d'actionnaires, d'associés et de dirigeants	_____	_____
Nombre d'autres CPA employés	_____	_____
Nombre d'autres employés non-CPA	_____	_____
Nombre des CPA étudiants ou stagiaires	_____	_____
Nombre des CPA à titre contractuel ou per diem	_____	_____
Nombre des non-CPA à titre contractuel ou per diem	_____	_____
<b>Total</b>	_____	_____

(Autres membres du personnel désignent les comptables, les secrétaires, les commis, etc. **qui effectuent des tâches reliées à la prestation de services à la clientèle**, mais ne comprennent pas les téléphonistes, les concierges, les traiteurs, les chauffeurs et les personnes chargées de la comptabilité et de l'administration internes.)

**C. Cabinets précédents** (Énumérez toutes les raisons sociales antérieures et tous les cabinets précédents, acquis ou autres, pour lesquels vous assumez la responsabilité en cas d'erreur professionnelle, responsabilité qui nécessitait une protection)

<u>Nom</u>	<u>Date de création</u>	<u>Date de cessation des activités</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**D. Revenus bruts annuels** **Dernier exercice financier**

1. Somme des revenus de tous les cabinets mentionnés à la section A \_\_\_\_\_ \$
  2. Client ou groupe de clients le plus important \_\_\_\_\_ \$
  3. Deuxième client ou groupe de clients en importance \_\_\_\_\_ \$
  4. Nombre approximatif de clients \_\_\_\_\_
  5. Résultat de (2) par rapport à (1) \_\_\_\_\_ %
- Si le pourcentage excède 60 %, veuillez inscrire le nom du client et les services rendus
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**E. Nature du travail** **Pourcentage des revenus bruts**

1. Missions de vérification auprès de sociétés ouvertes. Inscrivez le(s) nom(s) de(s) société(s) \_\_\_\_\_ %
2. Missions de vérification auprès de coopératives d'épargne et de crédit. Inscrivez le(s) nom(s) de(s) coopératives d'épargne et de crédit : \_\_\_\_\_ %
3. Toutes autres missions de vérification \_\_\_\_\_ %
4. Missions d'examen \_\_\_\_\_ %
5. Missions de compilation d'états financiers \_\_\_\_\_ %
6. Préparation de déclaration d'impôts \_\_\_\_\_ %
7. Planification fiscale et successorale \_\_\_\_\_ %

8.	Conseils de gestion (Précisez-en la nature générale)	_____	%
9.	Séquestre et syndic de faillite	_____	%
10.	Évaluation et courtage	_____	%
11.	Ces cinq dernières années, est-ce que le proposant ou l'un des associés, actionnaires, associés principaux ou employés a reçu, fait transiter, géré, eu sous son autorité ou investi les fonds d'un(e) client(e) en quelque qualité que ce soit? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	%
	Si oui, veuillez préciser :		
	<b>Client(e)</b>	<b>En qualité de</b>	<b>Montant des fonds</b>
12.	Le proposant s'est-il porté caution pour la gestion des fonds d'un(e) client(e)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	%
	Si oui, veuillez préciser le montant de la caution, la date d'expiration et le nom de l'assureur.		
13.	Le proposant est-il autorisé à signer seul des chèques pour le compte des clients? Oui <input type="checkbox"/> (exclus) Non <input type="checkbox"/>	_____	%
14.	Le proposant tient-il le titre de contrôleur pour un(e) client(e) donné(e)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	%
15.	Le proposant a-t-il fait office de fiduciaire (autre que syndic de faillite)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	%
	Si oui, veuillez préciser la nature de la fiducie et le montant de l'actif détenu ou déboursé.		
16.	Exécuteur testamentaire et services de procuration	_____	%
17.	Planification financière personnelle	_____	%
18.	Services PrimePlus, autrefois désignés sous le nom de Eldercare (veuillez remplir le Supplément PrimePlus si vous inscrivez un montant)	_____	%
19.	Services Webtrust	_____	%
20.	Services Systrust	_____	%
21.	Services de juricomptabilité	_____	%
22.	Conseils de placements	_____	%
23.	Autres services; précisez : _____	_____	%
		<b>Total</b>	<b>100%</b>

**F.** Pour toutes ses missions, qu'il s'agisse d'une vérification, d'un examen, d'une compilation d'états financiers, de la prestation de conseils de gestion, de planification financière personnelle ou de projections et de prévisions, le proposant exige-t-il tous les ans une lettre de mission? Oui  Non  Si non, veuillez expliquer la politique du cabinet relativement à la mise à jour de lettres de mission. Veuillez énumérer les services que vous assurez et qui ne s'accompagnent pas d'une lettre de mission.

---



---



---

**G. Autres pays** **OUI/NON** **% des revenus bruts**

Est-ce que le proposant fournit des services à l'extérieur du Canada? \_\_\_\_\_ %  
 Est-ce que le proposant fournit des services au Canada pour le compte ou au nom de sociétés ou de personnes résidant aux É.-U. ou dans un autre pays? \_\_\_\_\_ %

Si vous répondez par l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez indiquer le(s) montant(s) de ces services en pourcentage des revenus bruts et décrivez ci-dessous la nature des services en question.

---



---



---

**H. Services informatiques**

Avez-vous une entreprise distincte dont la mission est d'offrir des services de programmation personnalisés? Oui  Non   
 Si oui, précisez. (Si ces services sont offerts sous une autre raison sociale, vous devez inscrire cette dernière et les revenus afférents, etc. dans les sections pertinentes de la présente proposition si vous désirez obtenir de la couverture pour ces services.)

VEUILLEZ NOTER QUE L'ASSURANCE NE COUVRE PAS LA VENTE, L'INSTALLATION OU LA MAINTENANCE DE MATÉRIEL INFORMATIQUE, NI LA PROGRAMMATION DE PROGICIELS DE COMPTABILITÉ OU DE SYSTÈMES COMPTABLES PERSONNALISÉS, NI LA CONCEPTION ET/OU LA MAINTENANCE DE SITES WEB DE CLIENTS.

**I. Autres services et affiliations**

Dans les questions ci-dessous, « vous » désigne le proposant, ses associés, les propriétaires et/ou les dirigeants.

1. Acceptez-vous une rémunération (p. ex., des honoraires de démarcheur, des commissions, réciproques ou non, ou un revenu) d'autres personnes que vos clients relativement à des biens ou à des services vendus à ces derniers? –c'est-à-dire pour la vente ou la promotion de placements, d'abris fiscaux, d'ordinateurs ou de progiciels?
2. Est-ce que vous organisez, structurez ou procurez des véhicules de placement, des biens immobiliers ou des abris fiscaux?
3. Est-ce que vous effectuez des projections afin de vendre des abris fiscaux?
4. Faites-vous des recommandations précises quant à la vente ou à l'achat d'actions, d'obligations ou d'autres titres de placement particuliers?
5. Offrez-vous des services de gestion immobilière?
6. Prenez-vous part à des ententes de coentreprises avec d'autres cabinets comptables?
7. Êtes-vous affilié ou associé à des cabinets comptables
  - a). internationaux ou étrangers?
  - b). autres cabinets locaux?
8. Avez-vous un intérêt financier dans les activités de vos clients?
9. Est-ce que l'un de vos clients a un intérêt financier dans votre cabinet?
10. Fournissez-vous des services professionnels à un cabinet ou à une entreprise de l'extérieur dans lequel / laquelle vous-même ou votre conjoint(e) :
  - i) détenez une participation?
  - ii) êtes employés?
11. Prenez-vous part ou avez-vous l'intention de prendre part à une entente de coentreprise avec un client se soldant par une participation d'au moins 20 % ou un contrôle effectif?

OUI	NON

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez mentionner le numéro de la question et donner les renseignements détaillés s'y rapportant.

---



---



---

12. i. Faites-vous un examen à titre de pair d'autres cabinets de CPA?  
 ii. Y a-t-il un ou des cabinet(s) de CPA qui effectue(nt) un examen à titre de pair(s) de votre cabinet?

OUI	NON

Si vous répondez par l'affirmative à la question 12.i. ou 12.ii., veuillez inscrire le(s) nom(s) de l'autre ou des autres cabinet(s) de CPA.

---



---



---

- J.** Êtes-vous un cabinet participant dans le programme de surveillance offert par le Conseil canadien sur la reddition de comptes (CCRC)?  
 Oui  Non
- K.** Vous livrez-vous à des activités autres que l'exercice de la profession de CPA (la prestation au public des services professionnels compris dans la définition de la profession de CPA), que ce soit à temps partiel ou à temps plein? Oui  Non  Si oui, donnez des précisions, notamment le nombre d'heures par semaine que vous y consacrez, ainsi que les honoraires qui s'y rattachent.

<u>Nom</u>	<u>Type de service professionnel</u>	<u>Nature des activités</u>	<u>Heures/semaine</u>	<u>Revenus bruts</u>

- L.** En plus de l'exercice de la profession de CPA (la prestation au public des services professionnels compris dans la définition de la profession de CPA), travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein pour le compte d'un employeur?  
 Oui  Non  Si oui, veuillez inscrire la raison sociale de votre employeur \_\_\_\_\_

- M. Protection en cas d'amendes administratives**
- Il est possible d'obtenir une protection en cas d'amendes administratives (pénalités civiles) imposées en raison d'une information trompeuse en matière fiscale fournie par un tiers et ce, au moyen d'une prime supplémentaire applicable à chaque CPA. Désirez-vous ajouter cette protection? Oui  Non

**N. Garantie relative aux pénalités RGAE**

Il est possible d'obtenir une garantie limitée à l'égard de la nouvelle pénalité relative aux planifications fiscales agressives décrite dans le bulletin d'information no. 2009-5 publié par Finances Québec le 15 octobre 2009, lequel peut être consulté au www.finances.gouv.qc.ca. La limite de garantie applicable par cabinet est de 100 000\$, assortie d'une limite globale annuelle de 100 000 \$. Aucune franchise n'est applicable à l'égard de cette garantie qui est offerte à un coût de 250 \$ par CPA au sein du cabinet. Désirez-vous bénéficier de cette garantie? Oui  Non

**O. Extension - Assurance responsabilité excédentaire des administrateurs et dirigeants**

Il est possible d'étendre la protection de manière à couvrir la responsabilité d'un associé ou d'un CPA qui fait office de directeur ou de dirigeant d'un organisme à but non lucratif ou d'une société sans capital-actions qui a été constitué(e) à des fins de bienfaisance ou à des fins sportives, professionnelles, sociales ou autres de même nature. Si vous désirez bénéficier de cette protection, veuillez remplir la section suivante :

**Nom de l'associé ou de l'employé CPA**    **Raison sociale de l'organisme ou de la société**    **Mission de l'organisme ou de la société**

\_\_\_\_\_

**P. Réclamations et mesures disciplinaires**

**Il est impératif que vous répondiez correctement aux questions ci-après, sans quoi, en cas de réclamation, vous risquez de porter atteinte aux droits que vous confère la police. Chaque membre CPA ne doit répéter la déclaration des circonstances déjà rapportées dans leur formulaire de proposition pour l'assurance primaire offerte par le régime collectif d'assurance responsabilité professionnelle car tous les formulaires de proposition pour l'assurance collective feront partie du présent formulaire B.**

Répondez aux questions ci-après seulement APRÈS VOUS ÊTRE RENSEIGNÉ(E) AU PRÉALABLE auprès des associés et du personnel de gestion du cabinet. Pour toute réponse affirmative, vous devriez apporter toutes les précisions voulues dans l'espace prévu à la section U.

Il faut mentionner toutes les réclamations, y inclus celles qui ont déjà été déclarées.

1. Le proposant ou l'un de ses associés principaux, associés, dirigeants ou cabinets précédents se sont-ils déjà vu refuser ou résilier une assurance responsabilité professionnelle ou refuser le renouvellement de celle-ci?
2. Le proposant ou l'un des associés principaux, associés ou dirigeants ont-ils connaissance de quelque réclamation présentée ou en instance contre le proposant ou l'un des associés principaux, associés, dirigeants, employés ou cabinets précédents?
3. Le proposant ou l'un des associés principaux, associés, dirigeants, employés ou cabinets précédents ont-ils connaissance de quelque indemnité versée ces cinq dernières années?
4. Le proposant ou l'un des associés principaux, associés ou dirigeants actuels ont-ils connaissance de quelque incident, acte, erreur ou omission antérieurs qui pourraient faire l'objet d'une réclamation en vertu de l'assurance à laquelle le proposant désire souscrire?
5. Ces cinq dernières années, le proposant ou l'un des associés, dirigeants, associés principaux ou employés, actuels ou antérieurs :
  - a) se sont-ils vu révoquer ou suspendre leur permis d'expert-comptable ou leur droit d'exercer?
  - b) ont-ils fait l'objet de mesures disciplinaires par un ordre provincial?
  - c) se sont-ils vu infliger une amende, une réprimande ou une sanction pénale ou dans l'obligation d'endosser une responsabilité civile relativement à la prestation de services professionnels?

	OUI	NON	Déjà déclaré(e)	
			OUI	NON
1.				
2.				
3.				
4.				


**La police ne couvre pas les réclamations ou les situations énoncées en P(2) et/ou en P(3), ni une réclamation, un acte, une erreur, une omission ou une circonstance pouvant donner lieu à une réclamation et dont l'assuré a connaissance avant l'entrée en vigueur de la police.**

**Q. Assureur précédent**

Au niveau de l'assurance excédentaire, avez-vous été assuré(e) antérieurement auprès de l'ACPAI? Oui  Non

Si non, veuillez indiquer :                      Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Date d'échéance de votre ancienne police : \_\_\_\_\_      Limite de garantie par sinistre : \_\_\_\_\_

**R.** S'il s'agit d'une **nouvelle police**, veuillez indiquer la date requise pour l'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_

**S. Assurance sous-jacente**

Existe-il de l'assurance sous-jacente, autre que le Fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle des CPA du Québec, qui couvre tout propriétaire, actionnaire, dirigeant, associé ou employé du proposant? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails de l'assurance sous-jacente : \_\_\_\_\_

**T. Limite excédentaire**

Indiquez ci-dessous la(les) limite(s) de garantie par réclamation et globale(s) ainsi que le(les) montant(s) de franchise pour demander une(des) soumission(s).

Veuillez noter que la limite que vous choisissez sera en sus la garantie offerte par la police primaire pour les membres de l'Ordre des CPA du Québec en ce qui concerne les RÉCLAMATIONS couvertes par la police émise par le Fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle des CPA du Québec (« le Fonds ») pour les CPA de votre cabinet. La limite sous-jacente par réclamation peut être de 1 000 000,00 \$ ou de 2 000 000,00 \$, selon les termes de la police émise par le Fonds.

La limite que vous choisissez sera la limite primaire pour les RÉCLAMATIONS couvertes par cette police mais qui ne sont pas couvertes par le Fonds.

La limite choisie représentera aussi la limite globale annuelle qui sera disponible pour toutes les RÉCLAMATIONS.

Même montant prescrit par la police qui vient à échéance :  et/ou les montants suivants :

Limite excédentaire	Limite excédentaire	Franchise
500 000 \$ <input type="checkbox"/>	5 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	0 \$ <input type="checkbox"/>
1 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	6 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	1 000 \$ <input type="checkbox"/>
1 500 000 \$ <input type="checkbox"/>	7 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	2 500 \$ <input type="checkbox"/>
2 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	8 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	5 000 \$ <input type="checkbox"/>
3 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	9 000 000 \$ <input type="checkbox"/>	10 000 \$ <input type="checkbox"/>
4 000 000 \$ <input type="checkbox"/>		15 000 \$ <input type="checkbox"/>
Autre (précisez) : <input type="checkbox"/>	Autre (précisez) : _____	

**U. Addenda**

Veuillez préciser la section correspondant aux renseignements supplémentaires que vous n'avez pu inscrire faute d'espace. Vous pouvez également joindre des feuilles supplémentaires sur papier à en-tête de votre cabinet.

---

---

---

**V. Déclaration, autorisation et signature**

Par la présente, je déclare (nous déclarons) que les affirmations et les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et que je n'ai (nous n'avons) ni dissimulé, ni relaté incorrectement des faits importants, et j'accepte (nous acceptons) que la présente proposition constitue la base des contrats établis avec les souscripteurs.

Votre signature atteste et garantit que vous êtes le représentant autorisé de tous les propriétaires, dirigeants, associés et employés de tous les cabinets ou de toutes les sociétés 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 divulgation de tous les renseignements personnels les concernant. Vous pouvez prendre connaissance de la politique de l'ACPAI, dans son intégralité, en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site Web suivant : [www.acpai.ca](http://www.acpai.ca).

**Autorisation à divulguer à l'Ordre des CPA du Québec (« l'Ordre ») de l'information sur votre police d'assurance responsabilité professionnelle au nom de votre cabinet**

- Par la présente, j'autorise l'ACPAI Assurance à faire parvenir une copie de la police d'assurance responsabilité professionnelle couvrant mon cabinet et/ou à divulguer les particularités de ma garantie assurance responsabilité professionnelle à l'Ordre.
- La présente **n'autorise pas** l'ACPAI Assurance à faire parvenir une copie de la police d'assurance responsabilité professionnelle couvrant mon cabinet ni à divulguer toute information concernant ma garantie d'assurance responsabilité professionnelle à l'Ordre. Je m'engage donc à faire parvenir l'attestation d'assurance à l'Ordre.

Nom du signataire \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**La présente proposition n'engage pas l'assureur à contracter l'assurance, ni n'oblige le proposant à y souscrire. Une fois la soumission acceptée, il faudra que la prime soit versée pour qu'entre en vigueur la protection aux niveaux d'indemnité maximale correspondant à cette prime.**

Veuillez adresser votre proposition dûment remplie :

<b>par la poste :</b> ACPAI Assurance 4929, rue Jarry Est, bureau 219 Montréal (Québec) H1R 1Y1	<b>par télécopieur :</b> (416) 204-3418	<b>par courriel :</b> services@acpai.ca
--	--	--

Pour de plus amples renseignements, composez le 438 799.8890 ou le 800 268.2630 ou consultez notre site Web à [www.acpai.ca](http://www.acpai.ca)

**Assurance responsabilité professionnelle des CPA du Québec**  
**Formulaire de proposition B – Assurance Excédentaire et garantie complémentaire**

Nom du proposant : \_\_\_\_\_

**SUPPLÉMENT DE SERVICES PRIMEPLUS mentionné à la section E, à la question n° 18.**

1. Énumérez le nom des professionnels qui fournissent des services PrimePlus à la clientèle.

Nom	Profession et permis	Employé ou entrepreneur indépendant	Type de service rendu

2. Quelle expérience les professionnels susmentionnés ont-ils relativement à la prestation de services PrimePlus? Joignez à la présente une description détaillée de l'expérience de chaque professionnel ou leur curriculum vitae.

3. Veuillez faire une description **détaillée** de vos services de consultation et d'attestation PrimePlus :

---



---



---



---



---



---

4. Veuillez remplir le tableau suivant :

	Dernier exercice	Estimation pour l'exercice en cours
Revenus générés par la prestation de services PrimePlus	\$	\$
Nombre total de clients PrimePlus		
Nombre total de clients bénéficiant des <b>services d'attestation</b> PrimePlus		

5. Est-ce qu'un membre du personnel du cabinet ou d'un cabinet affilié a fait office de tuteur pour un client ou a assumé la responsabilité légale liée au bien-être physique d'un client?.....  Oui  Non

Joignez-vous des feuilles supplémentaires?..... Oui  Non