

FORMULAIRE DE RÉINSCRIPTION

VEUILLEZ REMPLIR UN FORMULAIRE PAR CABINET.

CE FORMULAIRE DE RÉINSCRIPTION DOIT ÊTRE DÛMENT REMPLI ET RETOURNÉ DIRECTEMENT AU FONDS :

PAR COURRIEL : fdaq@fondsarchitectes.qc.ca

PAR LA POSTE : **SERVICE DE LA SOUSCRIPTION, FONDS DES ARCHITECTES**
420, rue McGill, bureau 300, Montréal, Québec H2Y 2G1

SITE WEB : www.fondsarchitectes.qc.ca

Je soussigné, architecte, adhère au Fonds des architectes, conformément au Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des architectes du Québec.

Veillez prendre avis que toute circonstance pouvant mener à une éventuelle réclamation et dont vous auriez eu connaissance avant votre date de réinscription ne serait pas couverte par le Fonds.

Je déclare que les renseignements contenus dans ce formulaire de réinscription (police annuelle) sont exacts. En foi de quoi, chaque architecte associé (patron) du cabinet a signé :

1. _____
Signature de l'architecte

2. _____
Signature de l'architecte

Nom en caractères d'imprimerie

Nom en caractères d'imprimerie

Lieu et date

J'adhérerai au Fonds le _____ 20____.
Jour / mois

1. LE CABINET

1.1 Constitution

- Propriétaire unique
 Société en nom collectif (S.E.N.C.)
 Société en nom collectif à responsabilité limitée (S.E.N.C.R.L.)
 Incorporation (S.P.A.)

1.2 Nom du ou des propriétaire (s) ou actionnaire(s) membre(s) de l'OAQ.

1-	2-
3-	4-

1.3 Renseignements personnels concernant chaque propriétaire ou actionnaire architecte

Chaque propriétaire doit répondre à cette question. (Reproduire cette fiche au besoin.)

Nom de l'architecte :

- Madame
 Monsieur _____

Numéro de permis d'architecte : **A** _____, émis le : _____
Mois, année

Résidence : _____
Numéro, rue, appartement

Ville, province, code postal

1.4 Coordonnées du cabinet

Veillez noter que toute correspondance vous sera transmise à l'adresse inscrite aux conditions particulières de votre police d'assurance.

Raison sociale : _____

Fondé le : _____
Année, mois, jour

Place d'affaires principale : _____
(Si différente de celle de la résidence) Numéro, rue, bureau

Ville, province, code postal

Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____

Indiquez le numéro poste s'il y a lieu

Courriel : _____

1.5 Affiliés du cabinet – services d'architecture

Le cabinet possède une (des) succursale (s) ou bureau (x) de consultation.

Oui Non

Si oui, fournir les adresses en annexe.

Le cabinet détient d'autres sociétés ou raisons sociales.

Oui Non

Si oui, complétez l'Annexe A.

1.6 Personnel du cabinet

Veillez indiquer le nombre de :

Architectes salariés (autres que les associés) :	<input type="text"/>	Architectes stagiaires :	<input type="text"/>
Pigistes :	<input type="text"/>	Techniciens :	<input type="text"/>
Dessinateurs :	<input type="text"/>	Ingénieurs :	<input type="text"/>
Technologues :	<input type="text"/>		

2. AUTRES INFORMATIONS / CAS SPÉCIAUX

2.1 Notre cabinet a rendu ou rendra des services à une personne morale, entité, entreprise pour lesquels il détient ou l'un de ses employés détient plus de 10 % d'intérêts financiers.

Oui Non

Si oui, complétez l'Annexe H.

2.2 Une police projet émise au nom de notre cabinet est venue à échéance au cours des 12 derniers mois.

Oui Non

Si oui, complétez l'Annexe B.

2.3 Notre cabinet a rendu, ou rendra lors du présent exercice financier, des services professionnels aux États-Unis.

Oui Non

Si oui, êtes-vous membre en règle de cette juridiction ?

Oui Non

Si non complétez l'Annexe C, Projets aux États-Unis.

2.4 Notre cabinet a rendu, ou rendra lors du présent exercice financier, des services professionnels impliquant de l'amiante.

Oui Non

Si oui, complétez l'Annexe E si vous souhaitez modifier l'exclusion 2.03.15 de la police.

(Consultez le Guide de souscription 2015, Exclusion des réclamations liées à l'amiante)

3. DÉCLARATION D'HONORAIRES DES 3 DERNIÈRES ANNÉES (POUR LA DÉFINITION DES HONORAIRES, CONSULTEZ LE GUIDE DE SOUSCRIPTION 2015.)

Si vous n'avez perçu aucun honoraire professionnel pour les trois années concernées, veuillez inscrire 0.00 \$.

	Dernier exercice financier	Exercice précédent	Exercice précédent
Année de fin de l'exercice			
Total des honoraires			

Si votre cabinet a reçu plus de 60 001 \$ d'honoraires annuellement, lors des trois derniers exercices financiers, **veuillez compléter l'Annexe D.**

4. COUVERTURE DE BASE ET FRANCHISES

Catégorie d'honoraires (Consultez le Guide de souscription)

Les assurés déclarant des honoraires bruts de moins de 60 000 \$ sont assujettis à une franchise de 5 000 \$.

Les assurés déclarant des honoraires bruts de plus de 60 000 \$ sont assujettis à une franchise de 7 500 \$.

	Oui	Non	S/O
Si vous avez souscrit au Fonds depuis 5 ans et que vous n'avez aucune réclamation avec paiement d'indemnité, vous pouvez éliminer la franchise (franchise à 0 \$) par une majoration de prime de 7 %.			

5. HISTORIQUE

5.1 Est-ce que l'un des employés principaux, chargé de projet ou assuré a eu connaissance de :

	Oui	Non
Toute demande, verbale ou écrite, en argent ou en services, y compris par toute forme de poursuite judiciaire, recours à l'arbitrage ou à la médiation; qui n'a pas été rapportée au Fonds :		
Toute allégation, verbale ou écrite ayant trait à une faute réelle ou alléguée, survenue en rendant un service professionnel; qui n'a pas été rapportée au Fonds :		
Tous faits ou circonstances, réels ou allégués, pouvant donner lieu à une telle demande ou allégation contre un Assuré; qui n'a pas été rapportée au Fonds :		
Si oui , veuillez communiquer immédiatement avec le Service des sinistres du Fonds.		

5.2 Un des propriétaires du cabinet a été assujetti à des mesures disciplinaires de l'Ordre des		
---	--	--

architectes du Québec.		
Si oui , veuillez préciser (utiliser une ou des pages supplémentaires si nécessaire).		

6. DÉCLARATION

Je soussigné, _____, déclare être le représentant du cabinet pour les relations avec le Fonds des architectes. Je déclare que le Formulaire de réinscription, les annexes et les pièces supplémentaires jointes sont vrais et complets autant que je sache.

SIGNATURE	NOM EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE
SIGNÉ À :	DATE :
