

Divulgence d'une réclamation ou déclaration de sinistre à l'égard de sa responsabilité professionnelle

En application de l'article 62.2 du *Code des professions*

62.2. Tout professionnel doit, selon les conditions et modalités déterminées par le conseil d'administration, informer l'ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard. Le présent formulaire doit être transmis au secrétariat de l'Ordre dans les trente (30) jours suivant la prise de connaissance d'une telle réclamation ou la transmission d'une telle déclaration de sinistre à l'assureur.

IDENTIFICATION

Prénom		Nom		No. permis						
Adresse (no civique, rue)						Appartement				
Ville	Province / Pays		Code postal							
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Date de naissance							
			J	J	M	M	A	A	A	A
Courriel										

DIVULGATION

- Je déclare avoir fait l'objet d'une **réclamation formulée contre moi auprès de mon assureur** à l'égard de ma responsabilité professionnelle.

J	J	M	M	A	A	A	A
Date la réclamation							

- Je déclare avoir formulé une **déclaration de sinistre auprès de mon assureur** à l'égard de ma responsabilité professionnelle.

J	J	M	M	A	A	A	A
Date la réclamation							

ÉVÉNEMENT CONCERNÉ

Prénom et nom du réclamant ou de la personne visée par la déclaration de sinistre	J	J	M	M	A	A	A	A
	Date la réclamation							

L'événement ayant donné lieu à la réclamation ou à la déclaration de sinistre s'est-il produit alors que vous étiez dans l'exercice de vos activités professionnelles ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT

Nom du lieu (employeur, établissement, clinique, etc.)		Téléphone
Prénom et nom du conseiller ou de la conseillère d'orientation, si applicable		
Adresse (no civique, rue)		Appartement
Ville	Province / Pays	Code postal
Téléphone (lieu de travail)		

CIRCONSTANCE

Décrivez la nature et les circonstances entourant l'événement.

Montant réclamé ou évaluation approximative des dommages.

Description	Valeur (\$)

Est-ce que d'autres membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec sont concernés directement ou indirectement par l'événement ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Prénom et nom des autres membres, si applicable

AUTRES

Cette section vous donne l'occasion de formuler toute autre observation que vous jugez pertinente.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

- Je déclare que **tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et complets.**
- En cas de réclamation ou de sinistre, je m'engage à transmettre intégralement au secrétariat de l'Ordre tout acte de procédure, pièce ou décision liés à une poursuite judiciaire, et ce, **dans les trente (30) jours** suivant la date où j'en aurai pris connaissance.

J	J	M	M	A	A	A	A
Date							

Signature de la personne qui déclare

Ce formulaire dûment rempli et signé de la personne déclarante doit être acheminé au secrétaire de l'Ordre avec le reste des renseignements et documents requis, aux coordonnées suivantes :

Secrétaire de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec
1600, rue Henri-Bourrassa Ouest, bureau 520
Montréal (Québec) H3M 3E2

ordre@orientation.qc.ca