

PRÉAMBULE

Le professionnel doit poser les actions suivantes dès qu'une réclamation est formulée contre lui ou dès qu'il a connaissance de faits, de circonstances ou d'allégations pouvant entraîner une réclamation :

1. Composer le **1 866 906-2120** pour ouvrir un dossier et en obtenir le numéro. Ce numéro doit être inscrit dans la section 1 ci-dessous et utilisé pour l'envoi des documents, tel qu'indiqué à la fin de la présente déclaration.
2. Remplir la présente déclaration et nous la retourner par courriel à l'adresse inscrite au bas de cette déclaration.
3. Joindre tous les documents pertinents en lien avec la présente réclamation.

SECTION 1

1. ASSURÉ

Nom du professionnel : Numéro de membre / permis :

Numéro de dossier : Date du premier avis reçu du client :

(obtenu lors de l'ouverture de votre dossier)

Date de perte (jour de l'intervention) :

Clinique (nom de la clinique) :

Adresse :

Téléphone : Télécopieur :

Coordonnées du professionnel :

Courriel :

Cellulaire : Téléphone bureau :

2. DÉTAIL DE LA RÉCLAMATION

Nom du réclamant ou client visé par la réclamation :

Adresse :

Code postal : Courriel :

Téléphone : Télécopieur :

Nom de l'avocat du réclamant (le cas échéant) :

Nom de l'étude d'avocats (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : Courriel :

Téléphone : Télécopieur :

Lieu du sinistre :

Clinique

Chez le réclamant

Autre lieu Précisez :

3. CIRCONSTANCES (en résumé)

4. MONTANT DE LA RÉCLAMATION

Note : Veuillez nous donner votre appréciation de la valeur de la réclamation s'il n'y a pas de montant réclamé jusqu'à présent : \$

Date de la prestation des services professionnels faisant l'objet de la réclamation ou susceptible d'en faire l'objet :

Date à laquelle vous avez eu connaissance de la réclamation ou de sa possibilité :

5. NATURE DU SINISTRE

Faites une description chronologique des faits et circonstances se rapportant à l'incident ou à la réclamation (symptômes, examen, diagnostic, traitement, etc.). **Ajoutez d'autres pages au besoin.**

SECTION 2

Vous estimez-vous responsable? Oui Non

Précisez.

Liste des documents joints

Veuillez indiquer les documents que vous joignez au présent formulaire.

Je certifie que toute l'information apparaissant sur cette déclaration et les pièces justificatives produites sont vraies et authentiques.

X

Par :

Nom en caractères d'imprimerie

Date :

AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATION

La présente déclaration et les documents qui y seront joints seront transmis par La Capitale à l'avocat chargé du dossier ou à l'expert en sinistres à qui l'enquête sera confiée. Veuillez noter qu'en vertu de l'article 62.2 du Code des professions (L.R.Q.c. C-26) vous avez l'obligation d'informer le secrétaire de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) de toute déclaration de sinistre que vous formulez auprès de La Capitale à l'égard de votre responsabilité professionnelle. Avec votre autorisation, La Capitale peut informer l'OEQ que vous lui avez soumis une déclaration.

Par la présente signature, j'autorise La Capitale à transmettre au secrétaire de l'OEQ, mon nom, mon numéro de permis et la date à laquelle j'ai soumis une réclamation.

X

Par :

Nom en caractères d'imprimerie

Date :

Veuillez retourner ce formulaire, une copie du dossier du réclamant et tout autre document relatif à cette déclaration par courriel à dsq.capitale.qc.ca.