

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 : [A | A | A | A | M | M | J | J]
(obtenu lors de l'ouverture de votre dossier)

Date de perte (jour de l'intervention) : [A | A | A | A | M | M | J | J]

Clinique (nom de la clinique) : _____

Adresse : _____

Téléphone : [| | | | | | | | | | | | | | | |]

Coordonnées du professionnel : _____

Adresse courriel : _____

Cellulaire : [| | | | | | | | | | | | | | | |] Téléphone bureau : [| | | | | | | | | | | | | | | |]

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

Veillez détailler 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 _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature Date

Par : _____
(Nom en caractères d'imprimerie)

Autorisation de transmission d'information

La présente déclaration et les documents qui y seront joints seront transmis par Beneva inc. (ci-après désignée Beneva) 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 (RLRQ, c. C-26) vous avez l'obligation d'informer le secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) de toute déclaration de sinistre que vous formulez auprès de Beneva à l'égard de votre responsabilité professionnelle. Avec votre autorisation, Beneva peut informer l'OPPQ que vous lui avez soumis une déclaration.

Beneva se dégage de toute responsabilité à l'égard de l'utilisation qui pourrait être faite par l'OPPQ des informations qui lui seront transmises avec votre approbation.

Par la présente signature, j'autorise Beneva à transmettre au secrétaire de l'OPPQ des informations indiquées à la section 1, de même que certaines informations en lien avec le règlement du sinistre par Beneva, notamment le montant du sinistre encouru et son détail.

X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature Date

Par : _____
(Nom en caractères d'imprimerie)

Note importante

Protection des renseignements personnels

Chez Beneva, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Pour savoir comment nous recueillons, utilisons et communiquons ces renseignements, consultez notre Énoncé de confidentialité **sur le site Web Beneva.ca**

Veuillez retourner ce formulaire, une copie du dossier médical et tout autre document relatif à cette déclaration par courriel : courrier@beneva.ca
Note importante : Veuillez inscrire notre numéro de dossier dans l'objet de votre courriel.