

Le médecin vétérinaire doit entreprendre les actions suivantes dès qu'une réclamation est formulée contre lui ou 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 indiqué ci-dessous et utilisé pour l'envoi des documents.
2. Remplir ce formulaire en y joignant tous les documents pertinents à la réclamation.

Section 1

1. Assuré

Nom du vétérinaire : _____ 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 : | | | | | | | | | | | | | | | |

Vétérinaire (coordonnées) : _____

Adresse courriel : _____

Cellulaire : | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone bureau : | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Détails de la réclamation

Nom du réclamant ou client visé par la réclamation : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | | | | | Adresse courriel : _____

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Avocat du réclamant (le cas échéant) : _____

Nom du cabinet d'avocats (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | | | | | Adresse courriel : _____

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Animal :

Espèce : _____

Race : _____ Âge : _____

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 : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date à laquelle vous avez eu connaissance de la réclamation ou de sa possibilité : | A | A | A | A | M | M | J | J |

5. Nature du sinistre

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

Section 2

En cas de décès de l'animal, a-t-on fait une autopsie? Oui Non

Si oui, annexez une copie du rapport.

Vous estimez que votre responsabilité est :

Inexistante

Probable

Certainement engagée

Précisez :

Liste des documents joints

Veillez indiquer les documents que vous joignez au présent formulaire.

Signature du vétérinaire

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

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Par : _____

(Nom en caractères d'imprimerie)

Autorisation de transmission d'informations

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 des médecins vétérinaires du Québec (OMVQ) de toute déclaration de sinistre que vous formulez auprès de Beneva à l'égard de votre responsabilité professionnelle. Afin de satisfaire à cette exigence et à la suite de la résolution 112-CA-0022 du conseil d'administration de l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec, avec votre autorisation, Beneva peut informer l'OMVQ 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'OMVQ des informations qui lui seront transmises avec votre approbation.

Si vous avez reçu une demande introductive d'instance (une poursuite), vous devez la transmettre dès réception à Beneva ainsi qu'au secrétaire de votre ordre professionnel.

Par la présente signature, j'autorise Beneva à transmettre au secrétaire de l'OMVQ 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

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Par : _____

(Nom en caractères d'imprimerie)

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 votre numéro de dossier dans l'objet de votre courriel.