

Le professionnel doit poser les actions suivantes dès qu'il a connaissance d'un incident ou d'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 de l'ordre professionnel : _____

Nom du membre : _____ 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 |

Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

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

Vos coordonnées : _____

Téléphone bureau : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse courriel : _____

Cellulaire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 (incluant le code postal) : _____

Téléphone :

Adresse courriel : _____

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

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 des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) 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'OIIAQ 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'OIIAQ des informations qui lui seront transmises avec votre approbation.

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