

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN RECOURS EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

IMPORTANT

Conformément à l'article 62.2 du Code des professions, 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.

Cette déclaration doit être faite **dans les 30 jours** de la réclamation, de la déclaration ou de la signification de la requête.

À la demande de la secrétaire de l'Ordre, le membre devra lui transmettre une copie de la réclamation, de la déclaration de sinistre ou de la requête.

IDENTIFICATION DU MEMBRE

Numéro de membre :			
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Ville		Province :	
Code postal :		Pays :	
Courriel :		Téléphone :	
Nom de l'employeur :			

DÉCLARATION

Date de la déclaration ou de la réclamation auprès de l'assureur :	
Nom du réclamant :	
Montant de la réclamation :	

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie et affirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire de déclaration d'un recours en responsabilité professionnelle sont vrais, exacts et non altérés.

Je comprends qu'une fausse déclaration, une omission de rapporter un fait ou la transmission de faux documents, de documents altérés ou obtenus frauduleusement peuvent entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature	Jour (JJ)	Mois (MM)	Année (AAAA)
-----------	-----------	-----------	--------------

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé
par courriel à : affairesjuridiques@portailrh.org
ou par la poste à :

Ordre des conseillers en ressources humaines agréés
1200, av. McGill College, bureau 1400
Montréal (Québec) H3B 4G7