

# ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Renseignements à transmettre à l'Ordre  
en cas de déclaration de sinistre ou de réclamation



En vertu de l'article 62.2 du Code des professions et de la résolution adoptée par le Conseil d'administration de l'Ordre lors de sa séance du 11 décembre 2009, tout ergothérapeute doit compléter et acheminer le présent formulaire au directeur général et secrétaire de l'Ordre afin de l'informer :

- ▲ de toute **déclaration de sinistre** qu'il a formulé auprès de l'assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle (suite à la réception d'une poursuite en responsabilité professionnelle par exemple) ; et
- ▲ de toute **réclamation** formulée contre lui par un de ses clients (ou un mandataire de ce dernier) auprès de l'assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle.

L'ergothérapeute doit transmettre le présent formulaire au directeur général et secrétaire de l'Ordre dans les 30 jours de la transmission d'une déclaration de sinistre à son assureur ou de la connaissance qu'une réclamation a été formulée contre lui.

Le présent formulaire est à l'usage exclusif de l'Ordre et **ne sera pas acheminé à l'assureur**. Un ergothérapeute qui souhaite informer l'assureur d'une réclamation formulée contre lui ou de tout fait ou de toute circonstance pouvant donner lieu à une telle réclamation doit communiquer directement avec ce dernier.

## 1. IDENTIFICATION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE ASSURÉ

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis de l'OEQ : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DÉCLARATION DE SINISTRE OU LA RÉCLAMATION

Veuillez cocher la situation qui s'applique à vous :

- j'ai transmis à l'assureur le \_\_\_\_\_ (date) une **déclaration de sinistre** à l'égard de ma responsabilité professionnelle ; ou
- un de mes clients (ou un mandataire de ce dernier) a transmis à l'assureur une **réclamation** à l'égard de ma responsabilité professionnelle le \_\_\_\_\_ (date).

Nom du réclamant ou du client visé par la déclaration :

Veuillez indiquer le montant du sinistre mentionné dans la déclaration ou dans la réclamation. Si aucun montant n'est indiqué, veuillez en faire l'évaluation et indiquer le montant ainsi évalué :

Veillez indiquer la **nature**, le **lieu** et les **circonstances** du sinistre mentionné dans la déclaration ou dans la réclamation :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je déclare solennellement que les renseignements donnés dans la présente déclaration sont exacts.

*Les renseignements recueillis par le présent formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Ils sont recueillis à des fins de contrôle de l'exercice de la profession, de protection du public et de statistiques. Ils seront accessibles au personnel autorisé de l'Ordre ainsi qu'à toute autre personne autorisée à les recevoir en vertu de la loi. Tout ergothérapeute qui a transmis une déclaration de sinistre à l'assureur concernant sa responsabilité professionnelle ou qui sait qu'une réclamation a été formulée contre lui par un de ses clients ou un mandataire de ce dernier auprès de l'assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle a l'obligation de compléter intégralement le présent formulaire et de l'acheminer au directeur général et secrétaire de l'Ordre. Toute personne peut avoir accès à son dossier et y faire rectifier des renseignements.*