

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 _____

Prénom _____ Nom _____

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 _____

EXPLICATIONS

Veillez faire une description sommaire des circonstances du sinistre :

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 l'un des moyens suivants



Par la poste :

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



Par courriel :

affairesjuridiques@ordrecrha.org



Par télécopieur :

514 879-1722