

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. Profil du membre

Statut de pratique du membre

Membre en pratique privée (consultant) Membre en entreprise

Titre d'emploi du membre

Analyste, agent, technicien Conseiller spécialiste, conseiller principal Directeur, cadre intermédiaire
Conseiller, coordonnateur Superviseur, chef d'équipe Cadre supérieur, membre de la haute direction

Nombre d'année d'expérience du membre

Moins de 3 ans 10 à 14 ans 25 à 29 ans
3 à 5 ans 15 à 19 ans 30 ans et plus
6 à 9 ans 20 à 24 ans

Qui fait la réclamation?

Client interne (employé, employeur) Client externe Tiers

Spécialisation

Généraliste **Type de spécialité :** Développement organisationnel Rémunération Formation Autre
Spécialiste : Dotation Santé et sécurité du travail Relations du travail

3. 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 : _____

4. Circonstances (en résumé)

5. 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 :

6. 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.

Note importante : Cette déclaration est strictement confidentielle. Elle sera transmise qu'à l'avocat ou l'expert en sinistre à qui l'enquête sera confiée. Votre ordre professionnel n'en aura aucunement connaissance.

Signature du professionnel

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)

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.