

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. **Ajoutez d'autres pages au besoin.**

Section 2

Vous estimez-vous responsable? Oui Non

Précisez :

Liste des documents joints

Veuillez détailler les documents que vous joignez au présent formulaire.

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

Signature du professionnel

Je certifie que toute l'information apparaissant dans cette déclaration ainsi que les pièces justificatives produites sont vraies et authentiques.

X

Signature _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Par : _____

(Nom en caractères d'imprimerie)

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 votre numéro de dossier dans l'objet de votre courriel.