

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Confidentiel

VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DU CONSENTEMENT CI-BAS

VEUILLEZ REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE DE LA FAÇON LA PLUS COMPLÈTE POSSIBLE
(sans toutefois en retarder sa production parce que vous attendez des informations additionnelles).

1. SI VOUS ÊTES L'OBJET D'UNE DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE OU D'UNE DEMANDE RECONVENTIONNELLE :

- a) Numéro de cour : _____
- b) Veuillez nous faire parvenir **IMMÉDIATEMENT** la procédure **par télécopieur au 514 954-3454** ou **par courriel à : assuranceresponsabilite@farpbq.ca**, en indiquant la date à laquelle elle vous a été signifiée;
- c) Vous voudrez bien **également** nous faire parvenir par livraison spéciale copie du présent formulaire et de toute documentation pertinente, de même que copie des pièces qui vous ont été signifiées à l'adresse suivante :
Directrice des affaires d'assurance
Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec
445, boulevard Saint-Laurent, bureau 300
Montréal (Québec) H2Y 3T8
Veuillez noter qu'il nous sera impossible d'intervenir et/ou de mandater un procureur pour vous représenter aux procédures tant que nous n'aurons pas toutes les informations nécessaires pour nous permettre d'évaluer l'applicabilité de la police, le cas échéant.

2. LORSQUE AUCUNE PROCÉDURE NE VOUS A ÉTÉ SIGNIFIÉE

Veuillez remplir le présent formulaire et nous le faire parvenir le plus rapidement possible avec une copie de toute documentation pertinente. (Si l'espace alloué s'avérait insuffisant, vous voudrez bien ajouter les annexes nécessaires).

Sur réception de votre avis, un accusé réception vous sera transmis.

PARTIE A - ASSURÉ

1. Nom de l'avocat concerné : _____
Numéro de membre : _____
2. Nom du cabinet : _____
3. Structure du cabinet : S.E.N.C. S.E.N.C.R.L. S.P.A. REGROUPEMENT NOMINAL SOLO
AVOCAT EN ENTREPRISE
4. Nombre d'avocats au sein du cabinet : _____
5. Téléphone : (____) _____-____ poste _____ Télécopieur : (____) _____-_____
6. Adresse électronique : _____
7. Adresse postale : _____
8. Nom du cabinet au moment de l'erreur, faute ou omission reprochée ou appréhendée (si différent du # 2) : _____
9. Liste de tous les membres du cabinet directement impliqués dans ce dossier :

PARTIE B – RÉCLAMANT (S)

10. Nom(s) du ou des réclamants potentiels :

a) _____Clientouautre

b) _____Clientouautre

c) _____Clientouautre

11. Informations sur le mandat:

a) Votre numéro de dossier : _____

b) Numéro de cour du dossier dans lequel vous avez agi : _____

c) Date du mandat : _____Écrit : OuiNonSi oui, joindre le mandat.

d) Description du mandat:

e) Est-ce que le client est au courant du problème potentiel ? OuiNon

f) Est-ce que vous continuez à représenter ce client ? OuiNon

g) Étiez-vous le premier avocat à traiter du mandat ? OuiNon

Si non, combien d’avocats sont intervenus au dossier avant vous ? _____

h) Si vous ne le représentez plus, inscrivez le nom de son nouveau procureur, le cas échéant.

i) Si votre mandat provient d’une personne autre que le réclamant, fournir les informations pertinentes.

j) Avez-vous personnellement ou par l’entremise de votre famille ou de votre cabinet eu directement ou indirectement un intérêt financier ou un lien personnel avec le ou les réclamants ? OuiNon

Dans l’affirmative, fournir les informations pertinentes. _____

k) Êtes-vous impliqué dans une contestation d’honoraires avec le ou les réclamants ? OuiNon

Dans l’affirmative, quel est le statut de la contestation (conciliation, arbitrage, procédures, etc.) ? _____

l) Faites-vous l’objet d’une enquête du Syndic ? Oui Non

Dans l’affirmative, spécifier : _____

PARTIE C - NATURE DE LA RÉCLAMATION

12. Avez-vous reçu une allégation verbale ou écrite selon laquelle vous auriez commis une erreur, faute ou omission?
- Oui Non
13. Date approximative de l’erreur, faute ou omission qui vous est ou qui pourrait vous être reprochée :
- _____
14. Date de votre connaissance de l’erreur, faute ou omission (veuillez répondre même si vous êtes d’avis que vous n’avez commis aucune erreur, faute ou omission) : _____
15. Y a-t-il des procédures, telles que : rétractation, défense, requête pour prolonger les délais, appel, etc. qui requièrent une attention immédiate ? Oui Non
16. Sans égard à votre responsabilité, quelle est la valeur potentielle réelle de cette réclamation ?
- 0 à 7 000 \$ 7 001 \$ à 500 000 \$ plus de 500 000 \$ Préciser si possible : _____
17. Avez-vous avisé un autre assureur de cette réclamation? Oui Non Si oui, préciser.
- _____
18. Vous estimez votre responsabilité comme : Inexistante Probable Certainement engagée
19. Ce mandat s’inscrivait-il dans votre champ de pratique habituel ? Oui Non Si non, commenter.
- _____

20. Veuillez cocher vos champs de pratique habituels:

110	Adoption internationale	400	Expropriation, évaluation foncière
130	Coalitions	410	Faillite, insolvabilité
140	Coopératives	334	Hypothèque mobilière
150	Droit administratif	420	Immigration et citoyenneté
160	Droit aérien	120	Invention, auteur, marque de commerce
170	Droit agricole	430	Médiation
180	Droit civil	370	Municipal, scolaire, paroissial
190	Droit constitutionnel	440	Perception de comptes
210	Droit criminel et/ou pénal	450	Protection du consommateur
220	Droit de la famille	460	Relation locateur / locataire
230	Droit de la jeunesse	470	Responsabilité civile
240	Droit de l’environnement	480	Responsabilité professionnelle
250	Droit de l’informatique	390	Social, accident du travail, assurance chômage
260	Droit des affaires	490	Succession, testament
270	Droit des assurances	491	Autres
280	Droit des communications		
290	Droit des personnes		
300	Droit du transport		
310	Droit du travail		
320	Droit fiscal		
330	Droit immobilier		
340	Droit international privé/public		
350	Droit maritime		
360	Droit minier		
380	Droit professionnel		

PARTIE D – DESCRIPTION CHRONOLOGIQUE DES ÉVÉNEMENTS PERTINENTS

21. Veuillez décrire les faits pertinents en ordre chronologique

22. Comment auriez-vous pu éviter cette situation sans égard à la responsabilité ?

Signature de l'assuré_____ Date _____

Veillez enregistrer le présent formulaire, le compléter, l'imprimer, le signer et le transmettre (avec les documents pertinents) au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec :

- par télécopieur au **514 954-3454** ou
- par courriel à : assuranceresponsabilite@farpbq.ca ou
- par la poste à l'attention de :

**La directrice des affaires d'assurance
Fonds d'assurance responsabilité professionnelle
du Barreau du Québec
445, boulevard Saint-Laurent, bureau 300
Montréal (Québec) H2Y 3T8**

CONSENTEMENT

Le Fonds d'assurance responsabilité professionnelle des avocats du Québec (ci-après, le « **Fonds d'assurance** »), doit recueillir, utiliser, communiquer et traiter des renseignements personnels pour les fins suivantes :

- Confirmer votre identité, vérifier l'exactitude des renseignements personnels et les mettre à jour, le cas échéant ;
- Communiquer avec vous dans le cadre des activités d'assurance, la prévention et la réalisation de sondages;
- Traiter les demandes et gérer les réclamations :
 - Analyser la réclamation et apprécier les risques ;
 - Assurer la défense et la résolution des conflits ;
- Fournir du soutien et de l'assistance ; et
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires.

Vos droits à l’égard de vos renseignements personnels

Vous pouvez à tout moment demander l’accès ou la rectification de vos renseignements personnels, nous poser des questions ou formuler une plainte sur la manière dont sont traités vos renseignements personnels en écrivant à l’adresse courriel suivante : vieprivee@barreau.qc.ca
Veuillez noter que l’utilisation des renseignements personnels est restreinte à ce qui est strictement nécessaire à nos activités. Dès lors, le retrait de votre consentement entraînerait une impossibilité d’agir comme assureur.

Communications de vos renseignements personnels

Pour les fins énoncées ci-dessus, le Fonds d’assurance peut être amené à communiquer vos renseignements personnels à des tiers, des fournisseurs de services (comptabilité et service juridique), des prestataires de solution technologiques, ainsi qu’à des organismes affiliés, notamment le Syndic du Barreau et le Comité de l’inspection professionnelle conformément à la loi.

Vos renseignements personnels sont généralement conservés au Québec. Il est toutefois possible que la communication de vos renseignements personnels à certains fournisseurs entraîne le transfert de ceux-ci hors du Québec. Dans de tels cas, le Fonds d’assurance s’assurera au préalable que les fournisseurs soient tenus d’assurer une protection adéquate de vos renseignements personnels.

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, nous vous invitons à consulter la Politique de protection des renseignements personnels du Barreau.