

## 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](mailto: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**
- Veillez 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**

Veillez 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) \_\_\_\_\_ Client  ou autre   
b) \_\_\_\_\_ Client  ou autre   
c) \_\_\_\_\_ Client  ou autre

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 : Oui  Non  Si oui, **joindre le mandat**.  
d) Description du mandat:

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

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

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

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 ? Oui  Non

Dans l'affirmative, fournir les informations pertinentes. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

k) Êtes-vous impliqué dans une contestation d'honoraires avec le ou les réclamants ? Oui  Non

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

130  Coalitions

140  Coopératives

150  Droit administratif

160  Droit aérien

170  Droit agricole

180  Droit civil

190  Droit constitutionnel

210  Droit criminel et/ou pénal

220  Droit de la famille

230  Droit de la jeunesse

240  Droit de l'environnement

250  Droit de l'informatique

260  Droit des affaires

270  Droit des assurances

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

400  Expropriation, évaluation foncière

410  Faillite, insolvabilité

334  Hypothèque mobilière

420  Immigration et citoyenneté

120  Invention, auteur, marque de commerce

430  Médiation

370  Municipal, scolaire, paroissial

440  Perception de comptes

450  Protection du consommateur

460  Relation locateur / locataire

470  Responsabilité civile

480  Responsabilité professionnelle

390  Social, accident du travail, assurance chômage

490  Succession, testament

491  Autres

## **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](mailto: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](mailto:vieprivee@barreau.qc.ca)

Veillez 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.