



## AVIS DE RÉCLAMATION Formulaire du réclamant

**J'ai pris connaissance du *Guide du réclamant* avant de remplir le présent formulaire**

### I. Renseignements sur le réclamant

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### II. Renseignements sur l'avocat visé par la réclamation

Nom: \_\_\_\_\_

Nom du cabinet (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Adresse électronique: \_\_\_\_\_

S'agit-il de : Votre avocat  L'avocat d'une autre personne  Précisez (Dans ce cas, passez à la question III 3) :

### III. Renseignements sur la réclamation

1. Date de la première consultation avec l'avocat :

\_\_\_\_\_

2. Pourquoi avez-vous consulté l'avocat et que lui avez-vous demandé de faire?

3. À quelle date avez-vous constaté une erreur, faute ou omission de l'avocat?

4. Quelle erreur, faute ou omission reprochez-vous à l'avocat?

*Joignez tout document que vous jugez pertinent pour appuyer la réclamation.*

**5. Décrivez les dommages subis :**

**6. Détail des montants réclamés :**

*Joignez tout document qui, selon vous, justifie les dommages et/ou les montants réclamés*

Signature \_\_\_\_\_

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**