

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Confidentiel

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
- 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 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**