

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