



Annexe

Demande d'exemption concernant l'assurance de la
responsabilité professionnelle

ATTESTATION D'EMPLOYEUR

VOUS AVEZ COCHÉ LE NUMÉRO 8 OU 9 du formulaire en ligne, soit la demande d'exemption ou d'exemption avec assurance complémentaire concernant l'assurance de la responsabilité professionnelle.

SI VOUS EXERCEZ POUR UN OU PLUSIEURS EMPLOYEURS MENTIONNÉS AU NUMÉROS 8 OU 9, DONT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OU SANS BUT LUCRATIF (OSBL), DÉTENANT DE L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE. Faire remplir ce document par votre employeur et le faire parvenir à l'Ordre es travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ci-après, « l'Ordre ») par courriel sac@otstcfq.org.

Ce document s'adresse aux personnes exerçant les activités professionnelles des travailleurs sociaux ou thérapeutes conjugaux et familiaux (avec ou sans rémunération) partiellement ou exclusivement pour un employeur mentionné au numéro 8 ou 9, notamment un organisme communautaire ou sans but lucratif (OSBL) détenant de l'assurance de la responsabilité professionnelle.

- Faire remplir un formulaire pour chaque employeur ou organisme visé au paragraphe précédent et le faire parvenir à L'Ordre par courriel au sac@otstcfq.org. Si l'employeur ou l'un des employeurs ne détient pas d'assurance, vous êtes tenu d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle souscrit par l'Ordre.
- Toutefois, si l'un des employeurs est un organisme ou un établissement visé aux paragraphes 3^o à 7^o du formulaire en ligne (exemples : un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, fonction publique...) vous n'avez pas à faire remplir ce document par cet employeur.

Nom de l'employeur ou de l'organisme (raison sociale) : _____

Montant de la garantie par sinistre : _____

Montant de la garantie par période d'assurance : _____

Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ) _____

Date d'expiration (AAAA/MM/JJ) _____

Par la présente, j'atteste que l'employeur ou l'organisme dont le nom est mentionné ci-dessus détient de l'assurance de la responsabilité professionnelle avec les garanties telles que stipulées ci-dessus et qu'à titre d'employé·e ou de bénévole, la personne dont le nom est indiqué ci-après est individuellement couverte par cette assurance. J'atteste également que l'employeur ou l'organisme est couvert distinctement de la même façon pour la responsabilité professionnelle qu'il peut encourir en raison des fautes commises par cette personne dans l'exercice de sa profession.

Prénom & nom de l'employé·e ou de la personne bénévole _____

Prénom et nom du signataire représentant l'employeur ou l'organisme _____

Date _____

Signature _____

AVIS IMPORTANT

Si la garantie de l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'employeur prend fin pendant l'année de cotisation (ex. fin de la garantie en décembre, alors que l'année de cotisation se termine le 31 mars de l'année suivante), la personne membre est tenue de faire parvenir immédiatement au secrétariat de l'Ordre un nouveau document démontrant son admissibilité à l'exemption de l'assurance responsabilité professionnelle ou de souscrire au régime d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.