Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

NOM, PRÉNOM et No DE PERMIS

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 DANS UN OU PLUSIEURS 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 par courriel au sac@otstcfq.org.

Ce document s'adresse entre autres **aux personnes exerçant les activités professionnelles des travailleurs sociaux ou thérapeutes conjugaux et familiaux** (avec ou sans rémunération) **partiellement ou exclusivement dans un organisme communautaire ou sans but lucratif (OSBL)** détenant de l'assurance de la responsabilité professionnelle.

- **Faire remplir un formulaire pour chaque 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 des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Toutefois, **si l'un des employeurs est un organisme ou un établissement visé aux paragraphes 3° à 7° 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 du centre 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 : ____ / ____ / ____ (ANNÉE MOIS JOUR) Date d'expiration : ____ / ____ / ____ (ANNÉE MOIS JOUR)

Par la présente, j'atteste que le centre dont le nom est mentionné ci-dessus détient de l'assurance de la responsabilité professionnelle avec les garanties telles que stipulées ci-dessus.

À titre d'employé(e)/de bénévole, _____
NOM DE L'EMPLOYÉ(E)/ DU (DE LA) BÉNÉVOLE

est couvert(e) par notre régime d'assurance de la responsabilité professionnelle.

_____ DATE _____ SIGNATURE

AVIS IMPORTANT

Si la garantie de l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'employeur de l'année de cotisation en cours, la date du renouvellement à l'Ordre étant le 1er avril, le membre est tenu de faire parvenir au secrétaire de l'Ordre tout nouveau document (attestation, contrat d'assurance) qui atteste de son admissibilité à l'exemption de l'assurance de la responsabilité profession-nelle, et ce, jusqu'au 31 mars inclusivement. Si, en cours d'année, le régime d'assurance de la responsabilité professionnelle déclaré lors de l'inscription au Tableau des membres n'est plus disponible, le membre est tenu d'aviser l'Ordre et de souscrire au régime d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.