Insérer l’en-tête de l’employeur

Date :

OBJET : Vérification de la couverture d’assurance responsabilité

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme |  |
| Nom de l’employé(e) |  |

Cette lettre confirme que la personne susmentionnée a été employée par l’organisme indiqué pendant la période allant du 1erjanvier 2020 à ce jour. En tant qu'employé(e) de l’organisme, la personne susmentionnée est couverte par la police d'assurance de l'organisme, qui comprend une assurance responsabilité professionnelle conforme aux exigences indiquées dans le [Règlement no5 de l’Ordre.](https://www.collegeofdietitians.org/resources/lois,-reglements-et-reglements-administratifs/reglement-administratif-no-5-assurance-responsab.aspx)

**Exigences relatives à l’assurance responsabilité professionnelle pour les membres**

* 1. Tout membre qui exerce la diététique doit conserver une assurance responsabilité professionnelle possédant les caractéristiques suivantes.

1. La garantie minimale ne doit pas être inférieure à 2 000 000 $ par incident.
2. La garantie agrégée ne doit pas être inférieure à 5 000 000 $.
3. La franchise ne doit pas être supérieure à 1 000 $.

**Explication de la franchise**

La franchise d'assurance est supérieure à 1 000 $ et sera couverte par l’organisme, si une réclamation est faite contre la personne susmentionnée.

La franchise d'assurance est inférieure à 1 000 $.

Pour toute information ou documentation complémentaire, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Salutations.

< Insérer l'information sur le représentant autorisé, dont ce qui suit. >

Signature

Nom (en lettres moulées)

Titre du poste

Téléphone

Courriel