

**ANNEXE « L »  
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

**Boissons d'origine végétale Silk et Great Value – Rappel de 2024 en raison d'une  
contamination potentielle par la Listeria  
(No. 500-06-001321-245)**

**Règlement du recours collectif canadien avec  
Danone Canada, Wal-Mart Canada Corp., Joriki Inc. et Intact Insurance Company**

**PARTIE I. INSTRUCTIONS ET RECONNAISSANCES**

Si vous souhaitez présenter une réclamation pour être indemnisé, autre qu'une demande de remboursement déjà couverte par le Programme de remboursement volontaire de Danone Canada, dans le cadre du recours collectif relatif aux Produits Silk et aux Produits Great Value rappelés pour une contamination potentielle par *Listeria monocytogenes*, vous devez remplir toutes les Parties du présent Formulaire de réclamation ET, le cas échéant, fournir les dossiers médicaux, cliniques, hospitaliers, pathologiques, de laboratoire, pharmaceutiques ou documents similaires, ainsi que toute déclaration optionnelle du fournisseur de soins de santé du Réclamant principal ou des Réclamants familiaux, selon l'une des modalités décrites ci-après.

Ensemble, le présent Formulaire de réclamation, ainsi que les dossiers et déclarations décrits aux présentes, constituent votre Dossier de réclamation.

**TOUS LES DOSSIERS DE RÉCLAMATION COMPRENANT UN FORMULAIRE DE RÉCLAMATION COMPLÉTÉ ET LES DOCUMENTS À L'APPUI DOIVENT ÊTRE REÇUS PAR L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS AU PLUS TARD À 23h59, HEURE NORMALE DU PACIFIQUE (« HNP ») LE 16 OCTOBRE 2026.**

Pour être admissible à une indemnisation en vertu du règlement, vous devez transmettre votre Dossier de réclamation au plus tard le 16 octobre 2026, à 23h59 HNP (la « Période de réclamation ») par messenger, courriel, télécopieur ou par la poste à l'Administrateur des réclamations, Concilia Services Inc. ([BoissonsVegetales@conciliainc.com](mailto:BoissonsVegetales@conciliainc.com)) ou téléverser via le portail de réclamations en ligne à l'adresse <https://www.boissonsvegetales-reglement.com/>.

Les Formulaires de réclamation envoyés par la poste ou par courrier reçus après la Période de réclamation, mais cachetés ou déposés auprès du coursier au plus tard le ou avant la Période de réclamation, seront considérés comme reçus à la date cachetée ou à la date de dépôt auprès du messenger.

Les Formulaires de réclamation envoyés par courriel ou télécopieur seront considérés reçus à la date et à l'heure d'envoi à l'Administrateur des réclamations.

**Si vous ne soumettez pas votre Formulaire de réclamation avant la fin de la Période de réclamation, votre réclamation sera rejetée.** Veuillez noter qu'il peut prendre plusieurs semaines pour obtenir la documentation médicale requise à l'appui de votre réclamation. Débutez donc le processus de réclamation immédiatement.

Il n'y a pas de frais pour soumettre un Formulaire de réclamation. Cependant, les Réclamants qui retiennent les services d'un avocat ou d'un mandataire pour remplir leur Formulaire de réclamation seront entièrement responsables des frais et dépenses en résultant.

## DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE ET TERMES DÉFINIS

En soumettant le présent Formulaire de réclamation, vous, votre avocat, votre succession ou votre représentant légal confirmez avoir révisé et acceptez d'être lié par les conditions et les termes de l'Entente de règlement, la Grille de compensation et l'Ordonnance d'approbation de règlement. Des copies de ces documents sont disponibles à l'adresse : [www.BoissonsVegetales-Reglement.com](http://www.BoissonsVegetales-Reglement.com)

Les termes débutant par une majuscule dans le présent Formulaire de réclamation ont le sens défini dans l'Entente de règlement et la Grille de compensation.

## INSTRUCTIONS DE SOUMISSION ET COORDONNÉES

Soumettez votre Dossier de réclamation complété par l'une des méthodes suivantes au plus tard 16 octobre 2026, à 23h59 HNP :

- Téléversement en ligne via le portail de réclamations: [www.BoissonsVegetales-Reglement.com](http://www.BoissonsVegetales-Reglement.com)
- Courriel : [BoissonsVegetales@conciliainc.com](mailto:BoissonsVegetales@conciliainc.com) (pour plus d'efficacité et de sécurité, il est recommandé d'utiliser le portail de réclamations plutôt que le courriel)
- Courrier ou messenger à : **Concilia Services Inc.**, 5900 avenue Andover, bureau 1, Montréal (Québec), H4T 1H5
- Télécopieur : 1-888-770-6049

## ACCUSÉ DE RÉCEPTION ET COMMUNICATIONS FUTURES

À la réception de votre Dossier de réclamation, l'Administrateur des réclamations vous enverra une Lettre d'accusé de réception selon la méthode de communication que vous choisirez ci-dessous :

- Courriel (par défaut)
- Courrier

- En choisissant d'être contacté par **courriel** par l'Administrateur des réclamations, vous recevrez par courriel une Lettre d'accusé de réception contenant la liste des documents, générée automatiquement, que vous devez également fournir pour être admissible à une indemnisation, selon les réponses que vous fournissez ci-dessous. La lettre d'accusé de réception indiquera aussi comment téléverser les documents sur le portail de réclamations en ligne géré par l'Administrateur des réclamations.
- Alternativement, si vous choisissez d'être contacté par **courrier**, l'Administrateur des réclamations vous enverra la liste des documents que vous devez également fournir pour être admissible à une indemnisation, selon les réponses fournies dans votre Formulaire de réclamation. La lettre indiquera également où envoyer vos documents et dans quel délai.

Les Réclamants (ou leurs avocats/mandataires) doivent aviser par écrit l'Administrateur des réclamations de toute correction ou changement de nom, d'adresse, de numéro de téléphone ou de représentation légale.

L'Administrateur des réclamations vous enverra une Lettre indiquant les insuffisances si l'un des éléments suivants est constaté :

- il n'y a pas suffisamment de preuves que les critères minimums d'admissibilité sont remplis;
- le Dossier de réclamation n'est pas correctement rempli ou présente une quelconque insuffisance ;
- les documents requis n'ont pas été soumis avec le Formulaire de réclamation; et
- il existe une incohérence entre les informations figurant dans le Dossier de réclamation et le Formulaire de réclamation ou toute autre documentation soumise.

Vous pouvez compléter votre Dossier de réclamation à tout moment avant la fin de la Période de réclamation, qui est le 16 octobre 2026, à 23h59 HNP. Nonobstant la Période de réclamation, si vous recevez une Lettre indiquant les insuffisances, vous disposerez de vingt (20) jours supplémentaires à compter de la date de la Lettre indiquant les insuffisances pour modifier ou compléter votre Dossier de réclamation. Vous devez compléter votre Dossier de réclamation si vous recevez une Lettre indiquant les insuffisances ou si l'Administrateur des réclamations vous demande de plus amples informations, et si vous ne le faites pas, votre Réclamation sera évaluée sur la base des documents que vous avez fournis.

**Si votre Dossier de réclamation est incomplet ou est autrement insuffisant à la fin de la Période de réclamation ou à la fin du délai prévu dans la Lettre indiquant les insuffisances, votre réclamation sera rejetée.**

Après la fin de la Période de réclamation ou de toute prolongation y afférente, l'Administrateur des réclamations rendra toutes les décisions d'admissibilité et d'allocation. L'Administrateur des réclamations vous transmettra ensuite une Décision de détermination de la réclamation. Cette décision deviendra définitive et obligatoire, sauf en cas d'appel, tel qu'indiqué ci-dessous.

## **DROITS D'APPEL**

Si votre Réclamation est rejetée en tout ou en partie, vous pouvez interjeter appel de la Décision de détermination de la réclamation en déposant, à vos frais, une demande d'être entendu par écrit par la juge de la Cour supérieure du Québec responsable de l'Action du Québec (no dossier 500-06-001321-245) dans les 30 jours de la date d'envoi de la Décision de détermination de la réclamation. La décision de la Cour sur appel sera finale et contraignante.

## **AVIS RELATIF À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

En soumettant un Formulaire de réclamation, vous consentez par la présente à la divulgation des informations contenues dans ce formulaire dans la mesure nécessaire au traitement de cette demande d'indemnisation. Les informations fournies dans le cadre du présent Formulaire de réclamation seront utilisées uniquement aux fins de l'administration de l'Entente de règlement, de l'évaluation de l'admissibilité et de l'allocation de l'indemnisation, et tel que requis par la loi. L'Administrateur des réclamations maintiendra une confidentialité stricte à l'égard de votre

Dossier de réclamation et ne divulguera des informations que dans la mesure nécessaire au traitement de votre réclamation ou selon les ordonnances de la Cour.

## RAPPELS IMPORTANTS

- Conservez des copies de tout ce que vous soumettez à l'Administrateur des réclamations.
- Assurez-vous d'inclure tous les documents justificatifs requis.
- Vous pouvez compléter votre Dossier de réclamation à tout moment avant le 16 octobre 2026, à 23h59 HNP.
- Les réclamations reçues après la Période de réclamation seront rejetées, sous réserve seulement de la règle du cachet de la poste, le cas échéant, tel que prévu dans l'Entente de règlement.

## POUR OBTENIR DE L'ASSISTANCE

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir ce Formulaire de réclamation, veuillez communiquer avec l'Administrateur des réclamations au 1-888-367-7705 ou à [BoissonsVegetales@conciliainc.com](mailto:BoissonsVegetales@conciliainc.com) ou visitez [www.BoissonsVegetales-Reglement.com](http://www.BoissonsVegetales-Reglement.com) pour obtenir des directives et des ressources.

- J'ai pris connaissance de ce qui précède. J'accepte les conditions énoncées ci-dessus. J'accepte d'être lié par les termes de l'Entente de règlement, la Grille de compensation et l'Ordonnance d'approbation de règlement.

## PARTIE II. IDENTIFICATION

### SECTION 1- Identification du Réclamant

Je présente cette réclamation au nom de :

- 1. Moi-même
- 2. Un mineur (moins de 18 ans)  
Veuillez joindre:  
(1) une copie de votre pouvoir d'agir; et  
(2) un Formulaire d'Engagement du tuteur (Partie VIII.)
- 3. Une personne présentant une incapacité juridique  
Veuillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (ex., procuration, etc.)
- 4. Une personne décédée  
Veuillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (ex., testament, ordonnance du tribunal, etc.)

**Chaque Réclamant principal doit soumettre un formulaire de réclamation distinct. Si vous présentez une réclamation pour plus d'une personne ayant consommé les Produits Silk et/ou les Produits Great Value visés par le Rappel et ayant subi un Préjudice corporel découlant de cette ingestion, veuillez soumettre un nouveau formulaire après avoir rempli celui-ci.**

**Réclamants familiaux : dans la partie V ci-dessous, vous aurez la possibilité d'ajouter un ou plusieurs membres de votre famille à votre Réclamation en fonction de leur lien avec un Réclamant principal. Les Réclamants familiaux ne sont admissibles à une compensation que si le Réclamant principal se qualifie au Niveau V ou au Niveau VI de la Grille de compensation.**

**Si vous êtes avocat ou représentant et remplissez ce formulaire au nom de votre client, veuillez remplir cette Section et la Section 3.**

Nom du Réclamant: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date de naissance : Jour \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Année \_\_\_\_

Date de décès (le cas échéant) : Jour \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Année \_\_\_\_

**\*Veuillez joindre le certificat de décès officiel.**

## **SECTION 2 –Identification du représentant**

---

*Cette section ne doit être remplie que si vous soumettez une réclamation en qualité de représentant d'un Réclamant ou d'un ou des mineur(s).*

*Vous DEVEZ fournir la preuve de votre pouvoir d'agir en qualité de représentant d'un Réclamant ou d'un ou des mineur(s).*

Même que le Réclamant nommé à la Section 1

Nom de famille du représentant: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du représentant: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Preuve du pouvoir d'agir en qualité de représentant: \_\_\_\_\_

**\* Veuillez joindre la preuve de votre pouvoir d'agir en qualité de représentant**

### SECTION 3 – Identification du représentant légal

Cette section doit être remplie **UNIQUEMENT** si un avocat ou un mandataire représente le Réclamant. Si vous remplissez cette section, toute correspondance ultérieure sera transmise à votre représentant légal.

**Si vous avez bénéficié de l'assistance des Avocats du groupe (LPC Avocats : Me Joey Zukran / Me Léa Bruyère), vous n'avez pas à remplir cette section.**

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse courriel de l'avocat ou du mandataire : \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'avocat ou du mandataire : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### PARTIE III. PREUVE D'ACHAT ET D'INGESTION (EXPOSITION)

Aux fins du présent Formulaire de réclamation, « Produit rappelé » renvoie aux Produits Silk et aux Produits Great Value rappelés, tels qu'énumérés de manière exhaustive à l'Annexe « B » (accessible sur le site internet : [www.BoissonsVegetales-reglement.com](http://www.BoissonsVegetales-reglement.com)). Cette définition englobe tous les Produits Silk et les Produits Great Value ayant fait l'objet d'un rappel volontaire par Danone Canada, le processus de rappel ayant été amorcé le 8 juillet 2024, avec les dates de péremption et le code de produit à 4 chiffres (**7825**) indiqués à l'Annexe « B ».

1. Veuillez fournir des détails concernant l'achat du Produit rappelé par le Réclamant principal :

(a) Où le Produit rappelé a-t-il été acheté? (nom du détaillant et ville/province) :

\_\_\_\_\_

(b) Quel(s) Produit(s) rappelé(s) ont été acheté(s)? (ex : marque, nom du produit, saveur):

\_\_\_\_\_

(c) Quand le Produit rappelé a-t-il été acheté? (année et mois approximatifs):

\_\_\_\_\_

(d) Avez-vous conservé un emballage indiquant la date de péremption et le code de produit à 4 chiffres **7825** sur le dessus du carton?

Oui, ci-joint  Non

(e) Disposez-vous d'une preuve d'achat (reçu, relevé bancaire/carte de crédit) ou d'un emballage conservé corroborant l'achat?

Oui, ci-joint  Non

(f) Les documents font-ils référence à un Produit rappelé figurant à l'Annexe B?

Oui  Non  Inconnu

2. Si vous êtes le Réclamant principal qui a acheté le Produit rappelé, mais que vous ne disposez pas des documents d'achat ou de l'emballage, et si (et seulement si) les événements de maladie sont survenus dans la fenêtre d'incubation pertinente (au moins 48

heures et au plus 70 jours après la consommation), veuillez cocher la case ci-dessous à titre de déclaration solennelle attestant de l'achat et de l'indisponibilité de ces documents;

Oui

3. Veuillez fournir des détails concernant l'ingestion du Produit rappelé par le Réclamant principal:

(a) Est-ce que vous affirmez que le Réclamant principal a consommé un Produit rappelé?

Oui  Non

(b) Quand le Réclamant principal a-t-il consommé le Produit rappelé?

(année et mois approximatifs) \_\_\_\_\_

#### PARTIE IV. PREUVE DE MALADIE (LISTÉRIOSE OU PRÉJUDICE LIÉ)

Aux fins du présent Formulaire de réclamation, « Dossiers médicaux » signifie les rapports médicaux, notes du médecin, dossiers d'admission à l'hôpital, résultats de laboratoire incluant les cultures/PCR, sommaire de congé, résultats de tests sanguins ou autres documents médicaux créés pendant ou peu après une Maladie par un médecin, un hôpital ou tout autre professionnel de la santé au Canada.

Si la réclamation vise un Réclamant principal dont les symptômes ont duré plus d'une semaine à la suite de la consommation des Produits rappelés, vous devez fournir des Dossiers médicaux contemporains comportant un diagnostic de listériose ou des preuves de symptômes compatibles avec la listériose ou des preuves d'un trouble psychologique survenu après la consommation du Produit rappelé.

4. Combien d'heures ou jours après la consommation du Produit rappelé les symptômes compatibles avec la listériose ont-ils commencé à se développer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Indiquez la nature des symptômes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (a) Durée des symptômes et complications:
- jusqu'à 48 heures
  - plus de 48 heures jusqu'à une semaine
  - plus d'une semaine sans hospitalisation
  - plus d'une semaine et a été hospitalisé mais n'a pas développé de complications ni de symptômes permanents
  - plus d'une semaine et a été hospitalisé et a développé des complications graves et/ou des symptômes permanents

- (b) Avez-vous des dossiers médicaux contemporains contenant un diagnostic de listériose ou des preuves de symptômes compatibles avec la listériose?
- Oui, ci-joint     Non

- (c) Le cas échéant, fournissez le séquençage du génome complet (WGS) ou une autre confirmation de laboratoire relative à *Listeria monocytogenes*.
- Oui, ci-joint     Non disponible

6. Si le Réclamant principal a été hospitalisé, veuillez indiquer :

- Hôpital: \_\_\_\_\_
- Date d'admission (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_
- Date de congé (le cas échéant) (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

- (a) Disposez-vous d'un dossier médical indiquant la durée du séjour à l'hôpital?
- Oui, ci-joint     Non

7. Le Réclamant principal est-il décédé à la suite des événements de Maladie?

- Oui     Non

- (a) Le cas échéant, quand? (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

- (b) Disposez-vous du certificat de décès du Réclamant principal?
- Oui, ci-joint     Non

- (c) Disposez-vous d'au moins un dossier médical indiquant que le décès a été causé par la listériose (ou ses complications)?
- Oui, ci-joint     Non

- (d) À défaut, si un tel dossier existait mais a été détruit, disposez-vous d'une note signée par un médecin impliqué dans les soins ou le traitement du Réclamant principal indiquant que le Réclamant principal a souffert de listériose (ou d'une Maladie admissible) ayant entraîné son décès?
- Oui, ci-joint     Non

8. Le Réclamant principal a-t-il reçu un nouveau diagnostic d'un trouble psychologique médicalement reconnu survenu après la consommation du Produit rappelé, avec des symptômes plus aigus que le dégoût, la contrariété, l'anxiété, l'insomnie ou l'agitation?

Oui  Non

- (a) Le cas échéant, lequel?

---

---

---

- (b) Disposez-vous de dossiers médicaux indiquant que le Réclamant principal a reçu un nouveau diagnostic d'un trouble psychologique médicalement reconnu à la suite de la consommation du Produit rappelé?

Oui, ci-joint  Non

9. Le Réclamant principal a-t-il développé des complications graves et/ou des symptômes permanents?

Oui  Non

- (a) Le cas échéant, lesquels?

---

---

---

- (b) Disposez-vous de dossiers médicaux indiquant que le Réclamant principal a développé des symptômes compatibles avec la listériose, et que la listériose a causé des complications graves ou des symptômes permanents chez le Réclamant principal ?

Oui, ci-joint  Non

## PARTIE V. RÉCLAMANTS FAMILIAUX

10. Si vous êtes un Réclamant familial ou présentez une Réclamation au nom d'un ou de plusieurs Réclamants familiaux, veuillez indiquer les noms et adresses de chacun et leur lien avec le Réclamant principal.

Nom du Réclamant familial	Lien avec le Réclamant principal	Adresse

--	--	--

11. Veuillez confirmer que vous avez soumis la documentation requise pour établir le lien de chaque Réclamant familial indiqué ci-dessus et la preuve d'adresse. Vous devez soumettre la documentation requise pour chaque Réclamant familial. Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez noter que l'expression « Preuve d'adresse commune » utilisée ci-après désigne la preuve de résidence et de cohabitation du Réclamant familial et du Réclamant principal requise pour chaque Réclamant familial âgé de plus de 18 ans, ou la preuve de résidence et de cohabitation du tuteur du Réclamant familial attestant de la cohabitation du Réclamant familial et du Réclamant principal requise pour chaque Réclamant familial âgé de plus de 18 ans.

(a) Conjoint ou conjoint de fait

- Certificat de mariage, ordonnance judiciaire, preuve légale de mariage ou d'union de fait

À défaut:

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation **et**  
 Affidavit assermenté du Réclamant familial sur la nature de la relation  
 Preuve d'adresse commune

(b) Parent

- Certificat de naissance, certificat d'adoption, ordonnance judiciaire ou équivalent légal

À défaut:

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation **et**  
 Affidavit assermenté du Réclamant familial sur la nature de la relation  
 Preuve d'adresse commune

(c) Enfant

- Certificat de naissance, certificat d'adoption, ordonnance judiciaire ou équivalent légal

À défaut:

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation

(d) Grand-parent

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation **et**  
 Affidavit assermenté du Réclamant familial sur la nature de la relation  
 Preuve d'adresse commune

(e) Petit-enfant

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation **et**  
 Affidavit assermenté du Réclamant familial sur la nature de la relation (si le Réclamant familial est âgé de plus de 18 ans)  
 Preuve d'adresse commune (si le Réclamant familial est âgé de plus de 18 ans)

(f) Fratrie

- Affidavit assermenté du Réclamant principal sur la nature de la relation **et**
- Affidavit assermenté du Réclamant familial sur la nature de la relation (si le Réclamant familial est âgé de plus de 18 ans)
- Preuve d'adresse commune (si le Réclamant familial est âgé de plus de 18 ans)

## PARTIE VI. DOMMAGES-INTÉRÊTS SPÉCIAUX (PÉCUNIAIRES)

12. Présentez-vous une réclamation pour dommages-intérêts spéciaux (pécuniaires)?

Oui  Non

13. Le cas échéant, disposez-vous de chacun des éléments suivants pour démontrer que le Réclamant principal a engagé des dommages-intérêts spéciaux (pécuniaires)?

(a) Preuve des dépenses (frais médicaux, dépenses personnelles de transport, frais funéraires)

Oui, ci-joint  Non

(b) Preuve du paiement des dépenses

Oui, ci-joint  Non

(c) Décrivez le(s) document(s) et le(s) montant(s) payé(s).

Date du Document	Description du document	Montant payé
		\$
		\$
		\$
		\$

## PARTIE VII. QUITTANCE

14. Le Réclamant principal ou vous avez-vous reçu une indemnisation dans le cadre de d'autres procédures ou d'un autre règlement et/ou avez-vous donné une quittance relative aux Produits rappelés?

Oui  Non

(a) Si le Réclamant principal ou vous avez été indemnisé ou avez donné une quittance pour vos réclamations, veuillez fournir les détails requis ci-dessous:

(i) Nom du Réclamant: \_\_\_\_\_

(ii) Montant de l'indemnisation : \_\_\_\_\_ \$

(iii) Détails des réclamations quittancées: \_\_\_\_\_

## PARTIE VIII. ENGAGEMENT DU TUTEUR

15. Veuillez remplir cet engagement pour chaque réclamant mineur mentionné dans ce formulaire.

Le présent Engagement du tuteur est donné par:

Nom du tuteur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du tuteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

(a) Le présent engagement vise le mineur:

Nom du mineur: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA).

(b) Je suis le tuteur du mineur parce que je suis:

le parent du mineur.

le tuteur nommé par l'acte ou le testament du parent du mineur,  
\_\_\_\_\_ (nom du parent décédé)

le tuteur nommé par une ordonnance judiciaire datée du \_\_\_\_\_  
(date de l'ordonnance de tutelle).

(c) J'ai le pouvoir et la responsabilité de prendre les décisions quotidiennes concernant le mineur.

(d) J'ai joint une copie de mon pouvoir d'agir au nom du mineur (p. ex., certificat de naissance détaillé, certificat de baptême, ordonnance judiciaire ou autre preuve de tutelle).

(e) Je demande que l'Administrateur des réclamations me remette, à titre de fiduciaire pour le mineur, les sommes payables au mineur en vertu du règlement.

(f) J'utiliserai et dépenserai l'argent pour le bénéfice du mineur conformément aux lois de ma juridiction.

Date: \_\_\_\_\_

Signature du tuteur

## PARTIE IX. DÉCLARATION ET AUTORISATION DU RÉCLAMANT

16. Pour soumettre une réclamation, vous devez attester de la véracité du contenu du présent Formulaire de réclamation et de toute modification ou complément subséquent. Le contenu de ce formulaire a été approuvé par la Cour supérieure du Québec, et toute fausse déclaration peut être considérée comme un outrage au tribunal pouvant entraîner le rejet de votre réclamation ou une sanction pécuniaire.

(a) Attestez-vous que toutes les informations contenues dans le présent Formulaire de réclamation sont véridiques et au meilleur de votre connaissance?

Oui  Non

17. Méthode de paiement (si votre réclamation est approuvée)

Virement Interac

Chèque

**Date** (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

**Acceptation du Réclamant (tenant lieu de signature) :**

**VEUILLEZ JOINDRE ET SOUMETTRE TOUTES LES PREUVES REQUISES À  
L'APPUI DE VOTRE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION.**