

ANNEXE E

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION / MEMBRE

C A N A D A

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE

No : 500-06-000470-092

RENÉ CORNELLIER SR

Requérant

-et-

F.L.

-et-

L.R.A.

-et-

S.R.

c.

LA PROVINCE CANADIENNE DE LA
CONGRÉGATION DE SAINTE-CROIX

-et-

COLLÈGE NOTRE-DAME-DU-SACRÉ-
COEUR

Intimés

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION / MEMBRE

DANS LE RECOURS COLLECTIF AYANT TRAIT AUX SÉVICES SEXUELS COMMIS AU COLLÈGE NOTRE-DAME-DU-SACRÉ-CŒUR, AU COLLÈGE DE ST-CÉSAIRE ET À L'ÉCOLE NOTRE-DAME SISE À POHÉNÉGAMOOK

Un règlement est intervenu dans le recours collectif ayant trait aux sévices sexuels commis au Collège Notre-Dame-Du-Sacré-Cœur, au Collège de St-Césaire et à l'École Notre-Dame sise à Pohénégamook et déposé au dossier de la Cour supérieure du Québec portant le numéro de Cour 500-06-000470-092 (le « **Règlement** »).

Si vous désirez être admissible à recevoir quelque Indemnité que ce soit en vertu de ce Règlement, vous devez retourner le présent Formulaire de réclamation/Membre (dûment rempli, signé et assermenté et accompagné des documents y étant indiqués) par courrier ou télécopieur à l'adresse mentionnée à la fin de ce formulaire AU PLUS TARD LE 2011, à défaut de quoi votre Réclamation sera déclarée irrecevable et ne donnera droit à aucune Indemnité.

En signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, vous êtes lié par le Règlement. Par conséquent, vous êtes réputé avoir renoncé à tout droit d'entreprendre toute action à l'encontre de toute personne quelle qu'elle soit relativement à tout fait ayant donné lieu au présent litige ou qui est allégué à la *Requête amendée pour autorisation d'exercer un recours collectif et pour être représentant* datée du 3 octobre 2011 portant le numéro de Cour 500-06-000470-092 (la « **Requête** »).

Une copie du Règlement peut être obtenue gratuitement sur l'un des sites Internet suivants : <http://arsenaultlemieux.com> ou <http://www.adams gareau.com>.

1. VÉRIFICATION : ÊTES-VOUS UNE PERSONNE VISÉE PAR LE RÈGLEMENT?

Veillez cocher l'une (ou plusieurs) des cases suivantes et indiquer la période visée, le cas échéant :

Période de _____ à _____

Vous avez fréquenté le Collège Notre-Dame-du-Sacré-Cœur pendant la période du 1^{er} septembre 1950 au 1^{er} juillet 2001 et vous y avez subi des Sévices sexuels (décrits dans le Tableau des catégories de sévices sexuels reproduit à la clause 22 du Règlement) commis par un membre de la Congrégation de Sainte-Croix ou un laïc;

Période de _____ à _____

Vous avez fréquenté le Collège de St-Césaire pendant la période du 1^{er} septembre 1950 au 1^{er} juillet 1991 et vous y avez subi des Sévices sexuels (décrits dans le Tableau des catégories de sévices sexuels reproduit à la clause 22 du Règlement) commis par un membre de la Congrégation de Sainte-Croix ou un laïc; et/ou

Période de _____ à _____

Vous avez fréquenté l'école Notre-Dame sise à Pohénégamook pendant la période du 1^{er} janvier 1959 au 31 décembre 1964 et vous y avez subi des Sévices de sexuels (décrits dans le Tableau des catégories de sévices sexuels reproduit à la clause 22 du Règlement) commis par un membre de la Congrégation de Sainte-Croix ou un laïc.

SI AUCUNE DE CES DESCRIPTIONS NE S'APPLIQUE À VOUS, VOUS NE POUVEZ PAS REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION/MEMBRE, PUISQUE VOUS N'ÊTES PAS UNE PERSONNE VISÉE PAR LE RÈGLEMENT.

2. MODALITÉS : MEMBRE VIVANT

A. IDENTIFICATION DU MEMBRE

(EN LETTRES MOULÉES)

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE	
ADRESSE MUNICIPALE			N ^O APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL	
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____			
ÂGE : _____	SEXE (ENCERCLEZ UN CHOIX)		
DATE DE NAISSANCE :	M	F	
JOUR ____/MOIS ____/ANNÉE ____			

B. INDICATION DE LA CATÉGORIE DE SÉVICES SEXUELS

Veillez cocher la Catégorie de sévices sexuels qui, selon vous, correspond aux Sévices sexuels que vous avez subis (UNE SEULE CASE DOIT ÊTRE COCHÉE) :

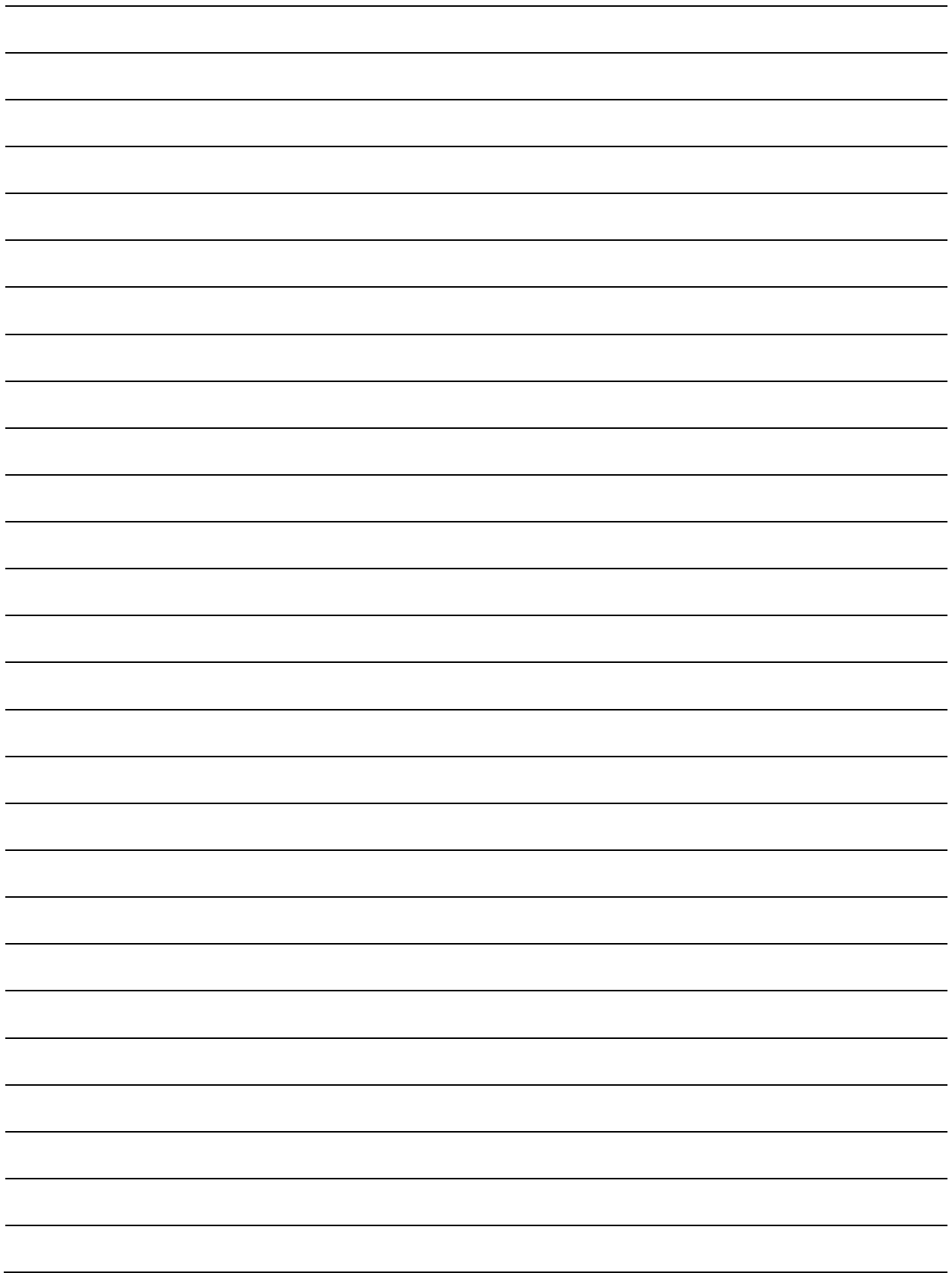
LA CATÉGORIE DE SÉVICES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES SÉVICES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ AVOIR SUBIS
Catégorie A <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents d’attouchements ¹⁷ de nature sexuelle.
Catégorie B <input type="checkbox"/>	– incidents répétés et persistants d’attouchements ¹⁸ de nature sexuelle.
Catégorie C <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents de masturbation (avec ou sans éjaculation) (que la victime ait été masturbée, que la victime ait dû masturber son agresseur ou qu’il y ait eu une masturbation réciproque); et/ou – un ou plusieurs incidents de pénétration digitale anale ou digitale vaginale.
Catégorie D <input type="checkbox"/>	– incidents répétés et persistants de masturbation (avec ou sans éjaculation) (que la victime ait été masturbée, que la victime ait dû masturber son agresseur ou qu’il y ait eu une masturbation réciproque); et/ou – incidents répétés et persistants de pénétration digitale anale ou digitale vaginale.
Catégorie E <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents impliquant un rapport sexuel par pénétration vaginale ou anale (avec ou sans éjaculation); – un ou plusieurs incidents impliquant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec l’aide d’un ou de plusieurs objets; et/ou – un ou plusieurs incidents impliquant des rapports sexuels oraux (fellation, cunnilingus, etc.).

¹⁷On entend par « attouchement » tout attouchement nécessitant un contact physique qui s’inscrit dans un contexte sexuel particulier. Par conséquent, à titre d’exemple, des regards concupiscent ne constituent pas des attouchements. Un baiser sur la bouche sera considéré comme tel.

¹⁸*Ibid.*

LA CATÉGORIE DE SÉVICES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES SÉVICES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ AVOIR SUBIS
Catégorie F <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> – incidents répétés et persistants impliquant un rapport sexuel par pénétration vaginale ou anale (avec ou sans éjaculation); – incidents répétés et persistants impliquant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec l'aide d'un ou de plusieurs objets; et/ou – incidents répétés et persistants impliquant des rapports sexuels oraux (fellation, cunnilingus, etc.).

Veuillez fournir une description détaillée des Sévices sexuels subis pouvant notamment inclure l'un ou plusieurs des éléments suivants : la nature des Sévices sexuels, le nombre de fois où de tels Sévices sexuels ont été commis, la(es) date(s) approximative(s) où les Sévices sexuels ont eu lieu; le(s) endroit(s) où les Sévices sexuels ont eu lieu et le nom de la(des) personne(s) ayant commis ces Sévices sexuels ou la fonction ou le titre du poste de la (des) personnes(s) ayant commis ces Sévices sexuels. Si l'espace fourni dans le présent Formulaire de réclamation/Membre est insuffisant afin de fournir cette description, vous pouvez y joindre un document additionnel en annexe (en lettres moulées) :



C. INDICATION DU NIVEAU DE PRÉJUDICES

Veillez cocher le Niveau de préjudices qui, selon vous, correspond aux préjudices que vous avez subis (**UNE SEULE CASE DOIT ÊTRE COCHÉE**). Dans le Niveau coché, veuillez cocher l'ensemble des symptômes qui, selon vous, découlent des Sévices sexuels que vous avez subis.

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 1 (mineur) <input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF MINEUR</p> <p>Types de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 4</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Occasionnels, surtout réactivés lorsque confrontés à des situations similaires (ex.: cas d'abus sexuel médiatisé).</p> <p>Capacité de travail : Stable en fonction de l'éducation reçue.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Occasionnelle, non spécifique pour l'abus.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 2 (modéré)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF MODÉRÉ</p> <p>Type de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 6</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Récurrents au cours de la vie en dehors de toute stimulation externe (ex.: cas médiatisé d'abus).</p> <p>Difficultés relationnelles : Quelques échecs, mais a fini par établir une certaine stabilité, difficultés à gérer l'intimité.</p> <p>Capacité de travail : Stable en fonction de l'éducation reçue.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Au moins une consultation sur plusieurs mois en regard de symptômes anxio-dépressifs ou spécifiquement en regard de l'abus sexuel.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 3 (grave) <input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF GRAVE</p> <p>Types de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> 15. Tentatives de suicide <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 8</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Présents de manière récurrente tout au long de la vie, mais certains intervalles libres de symptômes.</p> <p>Difficultés relationnelles : Plusieurs échecs relationnels.</p> <p>Capacité de travail : Instabilité.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Plusieurs consultations à différentes reprises au cours de la vie que ce soit pour des symptômes anxio-dépressifs ou pour l'abus.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE À VOTRE CAS	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 4 (très grave)</p> <input type="checkbox"/>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF SÉVÈRE</p> <p>Type de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> 15. Tentatives de suicide <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 8</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Présents presque tout au long de la vie ou pas d'intervalle libre.</p> <p>Difficultés relationnelles : Peu ou pas de relations intimes.</p> <p>Capacité au travail : Limitée.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Fréquente et récurrente tout au long de la vie.</p>

Veillez fournir une description détaillée des préjudices vraisemblablement liés aux Sévices sexuels que vous alléguiez avoir subis (en lettres moulées) :

Veillez fournir, le cas échéant, une description détaillée des soins de santé que vous avez reçus (hospitalisation, médicaments, etc.) vraisemblablement liés aux Sévices sexuels subis (en lettres moulées) :

Veillez indiquer votre degré de scolarité (en lettres moulées) :

Veillez indiquer vos emplois antérieurs, et, le cas échéant, celui ou ceux que vous occupez présentement (en lettres moulées) :

D. DOCUMENTS DEVANT ÊTRE FOURNIS AVEC LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION/MEMBRE

Les documents suivants doivent obligatoirement être fournis avec le présent Formulaire de réclamation/Membre :

- i. Les pièces d'identité suivantes :
 - a) une copie de votre certificat de naissance; et
 - b) une copie couleur lisible d'au moins une des pièces d'identité suivantes :
 - permis de conduire avec photo;
 - carte d'assurance maladie avec photo; et/ou
 - passeport canadien.
- ii. Si vous alléguiez avoir consulté un professionnel de la santé relativement aux Sévices sexuels causant un préjudice de Niveau 4 (très grave), une copie de tous les documents de votre dossier médical en lien avec ce Niveau de préjudices et/ou les Sévices sexuels doit être fournie. Si vous alléguiez avoir subi un préjudice de Niveaux 1 à 3, en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, vous consentez expressément à transmettre, sur demande des Avocats des intimés et/ou

de l'Adjudicateur, une copie de tout document de votre dossier médical en lien avec le Niveau de préjudices et/ou les Sévices sexuels décrits, et ce, dans le seul but de permettre le traitement de votre Réclamation.

Il est également possible de joindre au présent Formulaire de réclamation/Membre tout autre document ou pièce démontrant, selon la Prépondérance de preuve, la nature et la fréquence des Sévices sexuels que vous avez subis et le Niveau de préjudices correspondant aux préjudices que vous avez subis.

E. ASSERMENTATION PAR UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

ASSERMENTATION PAR UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION	
PARTIE A – LE MEMBRE DOIT REMPLIR CETTE PARTIE (EN LETTRES MOULÉES)	
CANADA, PROVINCE DE QUÉBEC	Dans l'affaire du recours collectif ayant trait aux sévices sexuels commis au Collège Notre-Dame-du-Sacré-Cœur, au Collège de St-Césaire et à l'école Notre-Dame sise à Pohénégamook
Je _____ de _____, district de _____ (prénom, nom) (municipalité ou ville)	
_____ de la province de Québec	
déclare solennellement ce qui suit :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Je suis une personne visée par le Règlement. 2. J'ai lu ce qui précède et j'ai pris connaissance du Règlement dans son intégralité. 3. Je comprends qu'en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, je suis lié par le Règlement. Par conséquent, je suis réputé avoir renoncé à tout droit d'entreprendre toute action à l'encontre de toute personne quelle qu'elle soit relativement à tout fait ayant donné lieu au présent litige ou qui est allégué dans la Requête. 4. Je comprends qu'en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, je suis uniquement susceptible de recevoir une Indemnité établie conformément à la Table d'indemnisation reproduite à la clause 26 du Règlement, laquelle peut être réduite selon la clause 30 du Règlement. 5. Les informations fournies et les déclarations faites dans le présent Formulaire de réclamation/Membre sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance, et de l'information en ma possession. 	
_____ (Signature)	

PARTIE B – LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT DOIT COMPLÉTER CETTE PARTIE (EN LETTRES MOULÉES)		
Déclaré solennellement devant moi à _____, district de (municipalité ou ville)		
_____ de la province de/territoire de _____ (province ou territoire)		
ce _____ ^e jour de _____ 20 ____.		
NOM DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT (VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)	SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT	TITRE OU NUMÉRO DE COMMISSION

F. TRANSMISSION DU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION/MEMBRE

Le présent Formulaire de réclamation/Membre (dûment rempli, signé, assermenté et accompagné de tout autre document y étant indiqué) doit être transmis par courrier ou télécopieur **AU PLUS TARD LE _____ 2011** (le cachet de la poste ou le bordereau de transmission faisant foi de la date d'envoi) à l'attention d'Eric Simard à : Fasken Martineau Dumoulin S.E.N.C.R.L., s.r.l., Tour de la Bourse, Bureau 3700, C.P. 242, 800, Place Victoria, Montréal, Québec, Canada, H4Z 1E9. Télécopieur : (514) 397-7600.

3. MODALITÉS : SUCCESSION DU MEMBRE

A. IDENTIFICATION DU MEMBRE DÉCÉDÉ

(EN LETTRES MOULÉES)

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
DATE DE NAISSANCE JOUR ____/MOIS ____/ANNÉE ____	DATE DU DÉCÈS JOUR ____/MOIS ____/ANNÉE ____	SEXE (ENCERCLEZ UN CHOIX) M F

B. INDICATION DE LA CATÉGORIE DE SÉVICES SEXUELS

Veillez cocher la Catégorie de sévices sexuels qui, selon vous, correspond aux Sévices sexuels que le Membre décédé a subis (UNE SEULE CASE DOIT ÊTRE COCHÉE) :

LA CATÉGORIE DE SÉVICES SEXUELS QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE	LES SÉVICES SEXUELS QUE, SELON VOUS, LE MEMBRE DÉCÉDÉ A SUBIS
Catégorie A <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents d’attouchements ¹⁹ de nature sexuelle.
Catégorie B <input type="checkbox"/>	– incidents répétés et persistants d’attouchements ²⁰ de nature sexuelle.
Catégorie C <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents de masturbation (avec ou sans éjaculation) (que la victime ait été masturbée, que la victime ait dû masturber son agresseur ou qu’il y ait eu une masturbation réciproque); et/ou – un ou plusieurs incidents de pénétration digitale anale ou digitale vaginale.
Catégorie D <input type="checkbox"/>	– incidents répétés et persistants de masturbation (avec ou sans éjaculation) (que la victime ait été masturbée, que la victime ait dû masturber son agresseur ou qu’il y ait eu une masturbation réciproque); et/ou – incidents répétés et persistants de pénétration digitale anale ou digitale vaginale.
Catégorie E <input type="checkbox"/>	– un ou plusieurs incidents impliquant un rapport sexuel par pénétration vaginale ou anale (avec ou sans éjaculation); – un ou plusieurs incidents impliquant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec l’aide d’un ou de plusieurs objets; et/ou – un ou plusieurs incidents impliquant des rapports sexuels oraux (fellation, cunnilingus, etc.).
Catégorie F <input type="checkbox"/>	– incidents répétés et persistants impliquant un rapport sexuel par pénétration vaginale ou anale (avec ou sans éjaculation); – incidents répétés et persistants impliquant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec l’aide d’un ou de plusieurs objets; et/ou – incidents répétés et persistants impliquant des rapports sexuels oraux (fellation, cunnilingus, etc.).

¹⁹On entend par « attouchement » tout attouchement nécessitant un contact physique qui s’inscrit dans un contexte sexuel particulier. Par conséquent, à titre d’exemple, des regards concupiscent ne constituent pas des attouchements. Un baiser sur la bouche sera considéré comme tel.

²⁰*Ibid.*

Veillez fournir une description détaillée des Sévices sexuels subis pouvant notamment inclure l'un ou plusieurs des éléments suivants : la nature des Sévices sexuels, le nombre de fois où de tels Sévices sexuels ont été commis, la(es) date(s) approximative(s) où les Sévices sexuels ont eu lieu; le(s) endroit(s) où les Sévices sexuels ont eu lieu et le nom de la(des) personne(s) ayant commis ces Sévices sexuels ou la fonction ou le titre du poste de la (des) personnes(s) ayant commis ces Sévices sexuels. Si l'espace fourni dans le présent Formulaire de réclamation/Membre est insuffisant afin de fournir cette description, vous pouvez y joindre un document additionnel en annexe (en lettres moulées) :

C. INDICATION DU NIVEAU DE PRÉJUDICES

Veillez cocher le Niveau de préjudices qui, selon vous, correspond à ceux que le Membre décédé a subis (**UNE SEULE CASE DOIT ÊTRE COCHÉE**). Dans le Niveau coché, veuillez cocher l'ensemble des symptômes qui, selon vous, découlent des Sévices sexuels que le Membre décédé a subis.

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 1 (mineur) <input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF MINEUR</p> <p>Types de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 4</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Occasionnels, surtout réactivés lorsque confrontés à des situations similaires (ex.: cas d'abus sexuel médiatisé).</p> <p>Capacité de travail : Stable en fonction de l'éducation reçue.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Occasionnelle, non spécifique pour l'abus.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 2 (modéré)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF MODÉRÉ</p> <p>Type de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 6</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Récurrents au cours de la vie en dehors de toute stimulation externe (ex.: cas médiatisé d'abus).</p> <p>Difficultés relationnelles : Quelques échecs, mais a fini par établir une certaine stabilité, difficultés à gérer l'intimité.</p> <p>Capacité de travail : Stable en fonction de l'éducation reçue.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Au moins une consultation sur plusieurs mois en regard de symptômes anxio-dépressifs ou spécifiquement en regard de l'abus sexuel.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 3 (grave) <input type="checkbox"/></p>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF GRAVE</p> <p>Types de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> 15. Tentatives de suicide <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 8</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Présents de manière récurrente tout au long de la vie, mais certains intervalles libres de symptômes.</p> <p>Difficultés relationnelles : Plusieurs échecs relationnels.</p> <p>Capacité de travail : Instabilité.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Plusieurs consultations à différentes reprises au cours de la vie que ce soit pour des symptômes anxio-dépressifs ou pour l'abus.</p>

LE NIVEAU DE PRÉJUDICES QUE VOUS ESTIMEZ APPLICABLE	LES PRÉJUDICES, QUI, SELON VOUS, DÉCOULENT DES SÉVICES SEXUELS DÉCRITS DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE
<p>Niveau 4 (très grave)</p> <input type="checkbox"/>	<p>SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF SÉVÈRE</p> <p>Type de symptômes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété <input type="checkbox"/> 2. Cauchemars <input type="checkbox"/> 3. Sentiment dépressif <input type="checkbox"/> 4. Culpabilité <input type="checkbox"/> 5. Colère <input type="checkbox"/> 6. Humiliation <input type="checkbox"/> 7. Baisse de l'estime de soi <input type="checkbox"/> 8. Énurésie <input type="checkbox"/> 9. Panique <input type="checkbox"/> 10. Difficultés de sommeil <input type="checkbox"/> 11. Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> 12. Consommation d'alcool, drogue ou autres substances <input type="checkbox"/> 13. Attitude auto-punitive <input type="checkbox"/> 14. Idées suicidaires occasionnelles <input type="checkbox"/> 15. Tentatives de suicide <input type="checkbox"/> <p>Nombre minimal de symptômes : 8</p> <p>Fréquence et récurrence des symptômes : Présents presque tout au long de la vie ou pas d'intervalle libre.</p> <p>Difficultés relationnelles : Peu ou pas de relations intimes.</p> <p>Capacité au travail : Limitée.</p> <p>Critère facultatif et non obligatoire – Utilisation de traitements : Fréquente et récurrente tout au long de la vie.</p>

Veillez fournir une description détaillée des préjudices vraisemblablement liés aux Sévices sexuels que vous alléguiez que le Membre décédé a subis (en lettres moulées) :

Veillez fournir, le cas échéant, une description détaillée des soins de santé (hospitalisation, médicaments, etc.) vraisemblablement liés aux Sévices sexuels subis que le Membre décédé a reçus (en lettres moulées) :

Veillez indiquer le degré de scolarité du Membre décédé (en lettres moulées) :

Veillez indiquer les emplois que le Membre décédé a occupés (en lettres moulées) :

D. DOCUMENTS DEVANT ÊTRE FOURNIS AVEC LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Les documents suivants doivent obligatoirement être fournis avec le présent Formulaire de réclamation/Membre :

- i. Une copie du certificat de naissance du Membre ainsi qu'une copie de son certificat de décès;
- ii. Si vous alléguiez que le Membre a consulté un professionnel de la santé en lien avec les Sévices sexuels causant un préjudice de Niveau 4 (très grave), une copie de tous les documents de son dossier médical en lien avec ce Niveau de préjudices et/ou les Sévices sexuels doit être fournie. Si vous alléguiez que le Membre a subi un préjudice de Niveaux 1 à 3, en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, vous consentez expressément à transmettre, sur demande des Avocats des intimés et/ou de l'Adjudicateur, une copie de tout document de son dossier médical en lien avec le Niveau de préjudices et/ou les Sévices sexuels décrit(s), et ce, dans le seul but de permettre le traitement de la Réclamation;

- iii. Une copie de la recherche testamentaire (Barreau du Québec et Chambre des notaires);
- iv. Dans le cas d'une succession testamentaire (c.-à.-d. le défunt a laissé un testament), le testament notarié (ou, pour tout autre type de testament, une copie du jugement en vérification de testament). Dans le cas d'un Membre non divorcé, une copie de son contrat de mariage, le cas échéant, doit également être fournie;
- v. Si la succession a déjà été liquidée : une preuve de la publication de la clôture du compte du liquidateur au registre RDPRM. Si la succession est en cours de liquidation et que le ou les liquidateurs ne sont pas désignés dans le testament : une liste du ou des liquidateurs de la succession et la preuve de leur nomination et de tout remplacement de liquidateur, le cas échéant;
- vi. Dans le cas d'un héritier :
 - a) une copie de son certificat de naissance; ET
 - b) une copie couleur lisible d'au moins une des pièces d'identité suivantes :
 - permis de conduire avec photo;
 - carte d'assurance maladie avec photo; et/ou
 - passeport canadien.
- vii. Dans le cas d'un successible ayant refusé la succession, soit :
 - a) une copie de l'acte notarié attestant qu'il a renoncé à la succession; ou
 - b) sa signature attestant qu'il a renoncé à la succession et une copie couleur lisible d'au moins une des pièces d'identité suivantes :
 - permis de conduire avec photo;
 - carte d'assurance maladie avec photo; et/ou
 - passeport canadien.
- viii. Dans le cas d'un liquidateur n'étant ni un héritier ni un successible ayant refusé la succession : une copie couleur lisible d'au moins une des pièces d'identité suivantes :
 - permis de conduire avec photo;
 - carte d'assurance maladie avec photo; et/ou
 - passeport canadien.

E. ASSERMENTATION PAR UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

ASSERMENTATION PAR UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION	
PARTIE A – TOUTES LES PERSONNES AYANT LE POUVOIR DE REPRÉSENTER LA SUCCESSION DU MEMBRE DÉCÉDÉ DOIVENT REMPLIR CETTE PARTIE (EN LETTRES MOULÉES)	
CANADA, PROVINCE DE QUÉBEC	Dans l'affaire du recours collectif ayant trait aux sévices sexuels commis au Collège Notre-Dame-du-Sacré-Cœur, au Collège de St-Césaire et à l'école Notre-Dame sise à Pohénégamook
Nous déclarons solennellement ce qui suit :	
1. Le Membre décédé est une personne visée par le Règlement	
2. Le Membre est décédé le : JOUR ____/MOIS____/ANNÉE____	
3. L'état civil du Membre au moment de son décès :	
• <input type="checkbox"/> Célibataire	
• <input type="checkbox"/> Marié	
➤ Date du mariage : JOUR ____/MOIS____/ANNÉE____	
➤ Existe-t-il un contrat de mariage ? : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non	
➤ Son régime matrimonial était : <input type="checkbox"/> séparation de biens / <input type="checkbox"/> communauté de biens / <input type="checkbox"/> société d'acquêts	
• <input type="checkbox"/> Divorcé	
Date du divorce : JOUR ____/MOIS____/ANNÉE____	
4. Le Membre est décédé :	
• <input type="checkbox"/> Sans avoir fait de testament	
• <input type="checkbox"/> En laissant le testament suivant n'ayant jamais été modifié, ni révoqué :	
➤ <input type="checkbox"/> Un testament notarié	
Passé devant _____, Notaire.	
Portant le Numéro _____ de ses minutes,	
le JOUR ____/MOIS____/ANNÉE____	

- Un testament non notarié, fait devant témoins ou sous forme olographe

Date : JOUR ____/MOIS ____/ANNÉE ____

Dûment vérifié par la Cour supérieure de _____
(district judiciaire)

le JOUR ____/MOIS ____/ANNÉE ____ sous le numéro _____

5. La succession a déjà été liquidée :

- Oui
- Non

6. Le cas échéant, les seuls liquidateurs de la succession du Membre sont :

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE	
ADRESSE MUNICIPALE			N ^o APPARTEMENT : _____
VILLE		PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE (____) ____-____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL (____) ____-____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE (____) ____-____	
ADRESSE COURRIEL : _____@_____			

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE	
ADRESSE MUNICIPALE			N ^o APPARTEMENT : _____
VILLE		PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE (____) ____-____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL (____) ____-____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE (____) ____-____	
ADRESSE COURRIEL : _____@_____			

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____ - _____	(____) ____ - _____	(____) ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

7. Les seuls héritiers et successibles de la succession du Membre sont :

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____ - _____	(____) ____ - _____	(____) ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____ - _____	(____) ____ - _____	(____) ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____-____	(____) ____-____	(____) ____-____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____-____	(____) ____-____	(____) ____-____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
(____) ____-____	(____) ____-____	(____) ____-____
ADRESSE COURRIEL : _____@_____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE () ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE () ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL () ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE () ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____		

<input type="checkbox"/> A accepté la succession du Membre <input type="checkbox"/> A refusé la succession du Membre		
PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
LIEN DE PARENTÉ :		
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE (____) ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL (____) ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE (____) ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____		

8. Le chèque, émis au nom de la succession, doit être transmis à la personne suivante :

PRÉNOM	INITIALES DES AUTRES PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
ADRESSE MUNICIPALE		N° APPARTEMENT : _____
VILLE	PROVINCE/TERRITOIRE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE (____) ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL (____) ____ - _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE (____) ____ - _____
ADRESSE COURRIEL : _____ @ _____		

9. Tous les liquidateurs, les successibles et les héritiers ont lu ce qui précède et ont pris connaissance du Règlement dans son intégralité. Ils comprennent qu'en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, ils sont liés par le Règlement, et que, par conséquent, ils sont réputés avoir renoncé à tout droit d'entreprendre toute action à l'encontre de toute personne quelle qu'elle soit relativement à tout fait ayant donné lieu au présent litige ou qui sont allégués dans la Requête. Ils comprennent également qu'en signant le présent Formulaire de réclamation/Membre, ils sont uniquement susceptibles de recevoir une Indemnité établie conformément à la Table d'indemnisation reproduite à la clause 26 du Règlement.

10. Les informations fournies et les déclarations faites dans le présent Formulaire de réclamation/Membre sont véridiques et exactes au meilleur de notre connaissance et compte tenu de l'information en notre possession.

(EN LETTRES MOULÉES)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SIGNATURE : _____

PARTIE B – LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT DOIT COMPLÉTER CETTE PARTIE (EN LETTRES MOULÉES)

Déclaré solennellement devant moi à _____, district de
(municipalité ou ville)

de la province de/territoire de _____
(province ou territoire)

ce _____^e jour de _____ 20 _____.

NOM DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT (VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LE SERMENT

TITRE OU NUMÉRO DE COMMISSION

F. TRANSMISSION DU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION/MEMBRE

Le présent Formulaire de réclamation/Membre (dûment rempli, signé, assermenté et accompagné de tout autre document y étant indiqué) doit être transmis par courrier ou télécopieur **AU PLUS TARD LE _____ 2011** (le cachet de la poste ou le bordereau de transmission faisant foi de la date d'envoi) à l'attention de Me Eric Simard à : Fasken Martineau Dumoulin S.E.N.C.R.L., s.r.l., Tour de la Bourse, Bureau 3700, C.P. 242, 800, Place Victoria, Montréal, Québec, Canada, H4Z 1E9. Télécopieur : (514) 397-7600.

4. QUESTIONS

Toute question eu égard au présent formulaire et/ou au Règlement, doit être adressée à :

- i. Me Alain Arsenault : (514) 527-8903 / arsenault.lemieux@qc.aira.com / 2328, rue Ontario Est, Montréal, Québec, H2K 1W1. Télécopieur : (514) 527-1410; ou
- ii. Me Gilles Gareau : (514) 848-9363 / gareaug@adamsgareau.com / 505, boul. René-Lévesque Ouest, Bureau 1000, Montréal, Québec, H2Z 1Y7. Télécopieur : (514) 848-0319.

* Tout terme non défini dans le présent formulaire est défini dans le Glossaire du Règlement".

LES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SERONT UTILISÉS AUX SEULES FINS DU TRAITEMENT DE LA RÉCLAMATION AUX TERMES DU RÈGLEMENT.