

ANNEXE 3
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
Action Collective Mont Sainte-Anne

Ce formulaire et tous les documents à son appui doivent être complétés et soumis **au plus tard le 20 novembre 2026, soit par courriel, télécopieur ou courrier (faisant état de la date de l'envoi) aux coordonnées suivantes :**

ProActio - Actions collectives Station Mont-Sainte-Anne

Par courrier : 600, rue de la Gauchetière Ouest, bur. 2000
Montréal (Québec) H3B 4L8

ou

Par télécopieur : 514-338-3540

ou

Par courriel : telecabines@proactio.ca

**À DÉFAUT DE SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE DANS CE DÉLAI,
VOTRE RÉCLAMATION SERA AUTOMATIQUEMENT REJETÉE.**

Veillez indiquer la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation. Les catégories détaillées sont présentées à l'**Annexe 2** :

Dommmages communs: J'étais dans les télécabines lors de l'un des accidents.

Gravité 1 : J'ai consulté un professionnel de la santé entre le 21 février 2020 et le 11 mars 2021 en lien avec l'accident, ou j'ai quitté le Mont Sainte-Anne en ambulance suite à l'accident. Je joins le dossier médical ou la preuve de transport ambulancier à l'appui.

Gravité 2 : J'ai reçu en lien avec l'accident l'un des diagnostics suivants, ou un diagnostic similaire d'une gravité équivalente : TCCL, trouble de stress post-traumatique, fracture d'un membre, entorse compliquée. Je joins le dossier médical à l'appui.

OU

J'ai subi des pertes pécuniaires (financières) de plus de 15 000\$. Je joins les pièces justificatives à l'appui.

Gravité 3 : J'ai reçu en lien avec l'accident l'un des diagnostics suivants, ou un diagnostic similaire d'une gravité équivalente : Fracture thoracique, fracture vertébrale. Je joins le dossier médical à l'appui.

OU

J'ai subi des pertes pécuniaires (financières) de plus de 40 000\$. Je joins les pièces justificatives à l'appui.

Notes :

Tous les membres ont droit à la compensation « Dommages communs ».

Si vous réclamez pour une Catégorie de « Gravité », veuillez cocher la plus élevée seulement. Un membre ayant droit à une indemnisation pour une catégorie de « Gravité » n'a droit qu'à l'indemnisation de la catégorie la plus élevée. Autrement dit, un membre ne peut recevoir plus d'une indemnité de « Gravité »;

Section A: Renseignements sur le réclamant

Prénom

Nom de famille

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Genre:

Homme

Femme

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

Numéro de téléphone (jour)

Numéro de téléphone cellulaire

Courriel

Si votre réclamation est approuvée, vous recevrez un chèque à l'adresse inscrite ci-dessus. Si vous désirez recevoir le chèque à une adresse différente, veuillez l'inscrire ici :

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

Section B: Informations et documentation au soutien de la réclamation

DOMMAGES COMMUNS : TOUS LES MEMBRES

Dans quel accident de télécabine avez-vous été impliqué ?

21 février 2020;

11 mars 2020;

Confirmez que vous avez joint à la présente réclamation les documents suivants :

Deux pièces d'identité avec photo;

Remplissez uniquement la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation.

GRAVITÉ 1

Confirmez que vous avez joint à la présente réclamation les documents suivants en cochant les cases applicables :

Tous les dossiers médicaux pertinents;

OU

Preuve de transport ambulancier;

GRAVITÉ 2

Confirmez que vous avez joint à la présente réclamation les documents suivants en cochant les cases applicables :

Tous les dossiers médicaux pertinents;

OU

Pièces justificatives de dommages pécuniaires de plus de 15 000,00\$;

GRAVITÉ 3

Confirmez que vous avez joint à la présente réclamation les documents suivants en cochant les cases applicables :

Tous les dossiers médicaux pertinents;

OU

Pièces justificatives de dommages pécuniaires de plus de 40 000,00\$;

Remplissez uniquement si vous représentez une succession

REPRÉSENTANT D'UNE SUCCESSION D'UN MEMBRE

Quel est le nom du défunt ? _____

Quelle est la date de son décès ? _____

Êtes-vous le liquidateur testamentaire de sa Succession ? Oui Non

Confirmez que vous avez joint à la présente réclamation les documents suivants en cochant les cases applicables :

- Une copie du certificat de décès du membre décédé;
- Une copie de la recherche testamentaire auprès du Barreau du Québec;
- Une copie de la recherche testamentaire auprès de la Chambre des notaires du Québec;
- Une preuve que la personne qui soumet la réclamation est le liquidateur testamentaire, soit :
 - i. Dans le cas d'un testament notarié : une copie du testament notarié nommant la personne à titre de liquidateur;
 - ii. Dans le cas d'un testament olographe ou d'un testament fait devant témoin : une copie du testament, le jugement de vérification du tribunal et l'inscription de la désignation du liquidateur au Registre des droits personnels et réels mobiliers;
 - iii. Dans le cas d'une succession sans testament : l'inscription de la désignation du liquidateur au Registre des droits personnels et réels mobiliers et la déclaration d'hérédité et de transmission par décès;
- Une copie de deux pièces d'identités du liquidateur avec photo.

Section C: Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit :

Je souhaite présenter une réclamation pour être indemnisé dans le cadre de l'action collective visant la Station Mont-Sainte-Anne inc.

Je joins à ce formulaire tous les documents en ma possession pouvant attester les faits demandés.

Je fais la présente déclaration en estimant qu'elle est véridique et en sachant qu'elle a la même valeur en droit que si je la faisais sous serment.

Signature du réclamant

Date

Nous vous demandons de garder une photocopie de votre réclamation complète pour vos dossiers.