
**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX FRAISES CONGELÉES
DE MARQUE MONTANA VENDUES AUX SUCCURSALES D'ADONIS EN 2018**

INSTRUCTIONS POUR LES RÉCLAMANTS

Aux fins de ce Formulaire de Réclamation, les « Produits Rappelés » désignent :

- Les fraises congelées provenant d'Égypte de marque Montana, format 1 kg, vendues dans tous les établissements de l'enseigne Adonis au Québec jusqu'au 20 avril 2018 et ayant le code 6222000401487 ;
- Les « Jus d'Adonis » embouteillés aux fraises et bananes, formats 1L et 500ml, vendus dans tous les établissements de l'enseigne Adonis au Québec jusqu'au 13 avril 2018 ;
- Les smoothies « Douceur aux fraises » embouteillés, formats 1L et 500ml, vendus dans tous les établissements de l'enseigne Adonis au Québec jusqu'au 13 avril 2018 ; et
- Les cocktails « Adonis », « Monsieur Twister » et « Saveur d'été » servis en verres de plastique, formats grand et moyen, vendus dans tous les établissements de l'enseigne Adonis au Québec jusqu'au 13 avril 2018 ;

LA DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE RECLAMATION EST LE 21 DÉCEMBRE 2021.

Les Formulaires de Réclamation peuvent être soumis à l'Administrateur des Réclamations en ligne au www.lambertavocatinc.com/recours-collectif-adonis.

Pour les réclamations soumises en format papier, les Formulaires de Réclamation doivent porter un cachet postal au plus tard du 21 DÉCEMBRE 2021 et avoir été transmis par la poste à l'adresse suivante :

**Intact assurance, A/S Benjamin Beauchamp
2450 Rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, J2S 3B3**

Si vous avez besoin d'assistance ou de conseils pour compléter votre Formulaire de Réclamation, vous pouvez retenir les services d'un avocat à vos frais ou contacter l'Administrateur des Réclamations au (450) 983-4031.

Les Réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour compléter leur Formulaire de Réclamation seront entièrement responsables des frais et dépenses de ces avocats ou représentants.

Les réclamants (ou leurs avocats/mandataires) **doivent** aviser l'Administrateur des Réclamations **par écrit** de tout changement ou correction dans leur nom, adresse, numéro de téléphone ou représentation légale.

Veillez conserver des copies de tout document que vous transmettez à l'Administrateur des Réclamations.

Veillez noter qu'il pourrait s'écouler plusieurs semaines avant d'obtenir la documentation médicale requise au soutien de votre réclamation. Par conséquent, veuillez commencer le processus de réclamation dès maintenant.

Si vous réclamez au nom d'un enfant mineur dans la catégorie pour Vaccination ou la catégorie pour Préjudice Corporel, vous devez compléter la Reconnaissance de Responsabilité à la fin de ce formulaire en présence d'un témoin âgé de 18 ans ou plus.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Des renseignements personnels concernant les Réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des Réclamations conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* LC 2000, ch. 5 (LPRPDE).

**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX FRAISES CONGELÉES
DE MARQUE MONTANA VENDUES AUX SUCCURSALES D'ADONIS EN 2018**

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

SECTION 1- Identification du Réclamant

Je réclame au nom du/des Réclamant(s) suivant(s):

- 1. Moi-même seulement
- 2. Réclamant(s) A, B, ou C ci-dessous, mais pas moi-même (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)
 - A. Un/des mineur(s) (âgé(s) de moins de 18 ans)
Veuillez joindre :

(1) une copie de votre autorité pour agir; et

(2) une Reconnaissance de Responsabilité complétée (voir l'Annexe A).
 - B. Une personne ayant une incapacité légale
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple :
procuration, etc.)
 - C. Une personne décédée
Veuillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple:
testament, ordonnance d'un tribunal, etc.)
- 3. Moi-même et le/les Réclamant(s) A, B, ou C ci-dessous (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)
 - A. Un/des mineur(s) (âgé(s) de moins de 18 ans)
Veuillez joindre :

(1) une copie de votre autorité pour agir; et

(2) une Reconnaissance de Responsabilité complétée (voir l'Annexe A).

- B. Une personne ayant une incapacité légale
Veillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple :
procuration, etc.)

- C. Une personne décédée
Veillez joindre une copie de votre autorité pour agir (par exemple :
testament, ordonnance d'un tribunal, etc.)

Veillez compléter cette Section avec les renseignements du Réclamant qui a 18 ans ou plus.

Si vous réclamez au nom d'un/de mineur(s), mais pas pour vous-même, veuillez passer à la Section 2.

Si vous êtes un avocat ou un représentant qui complète ce formulaire au nom de votre client, veuillez compléter cette Section et la Section 3.

Nom de famille du Réclamant : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Veillez compléter ce qui suit pour les réclamations pour préjudice corporel ou pour vaccination seulement :

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

****Veillez joindre le certificat de décès officiel.***

SECTION 2 - Identification du Représentant

Cette section doit être complétée seulement si vous soumettez une réclamation à titre de Représentant d'un Réclamant ou d'un/de mineur(s).

Vous DEVEZ fournir la preuve de votre autorité pour agir à titre de représentant d'un Réclamant ou d'un/de mineur(s).

Même Réclamant qu'à la Section 1

Nom de famille du Représentant : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Preuve de l'autorité pour agir comme représentant : _____

****Veuillez joindre la preuve de votre autorité pour agir à titre de représentant.***

SECTION 3 - Identification du Représentant légal

Cette section doit être complétée SEULEMENT si un avocat ou un mandataire représente le Réclamant.

Si vous complétez cette section, toutes les correspondances seront transmises à votre représentant légal.

Si vous avez obtenu l'assistance de l'Avocat du Groupe, Lambert Avocat Inc., vous n'avez pas à remplir cette section.

Nom du cabinet d'avocat(s) : _____

Nom de famille de l'avocat ou mandataire : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

SECTION 4 – Réclamation pour Pertes Économiques

Complétez cette Section si le Réclamant :

- i. a acheté les Produits Rappelés, **et**
- ii. n'a **pas** reçu de remboursement du prix d'achat.

Si le Réclamant a déjà reçu un remboursement de ses achats de Produits Rappelés, mais qu'il réclame pour des dommages issus de la maladie ou du préjudice résultant de la consommation des Produits Rappelés, ne complétez pas cette section et passez à la Section 6.

Veillez noter que les réclamations pour pertes économiques qui ne sont pas appuyées (lorsqu'aucune facture n'est disponible) seront indemnisées par le montant indiqué ci-dessous, mais les indemnités n'excéderont pas 10 \$.

Je, _____ par la présente, déclare, sous peine de parjure, que le Réclamant :

- i. *a acheté les Produits Rappelés, et*
- ii. *n'a pas reçu de remboursement du prix d'achat.*

- Copies de la preuve d'achat des Produits Rappelés sont jointes à ce formulaire.

Prix d'achat total des Produits Rappelés : _____ \$

- Copies de la preuve d'achat **ne sont pas** disponibles.

Valeur approximative totale des achats de Produits Rappelés :
_____ \$

SECTION 5 – Réclamation pour Vaccination

Complétez cette Section si le Réclamant ou le/les mineur(s) :

- i. a/ont consommé les Produits Rappelés,
- ii. a/ont subséquemment été vacciné(s) contre l'Hépatite A en conséquence de la consommation des Produits Rappelés, **et**
- iii. ne se qualifie(nt) pas à une indemnité du règlement pour une réclamation pour Préjudice Corporel.

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que le Réclamant ou le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous :

- i. a/ont consommé les Produits Rappelés, et
- ii. a/ont subséquemment été vacciné(s) contre l'Hépatite A en conséquence de la consommation des Produits Rappelés.

Un Formulaire de Réclamation distinct et une déclaration DOIVENT être soumis par chaque Réclamant de plus de 18 ans. Toutefois, si vous réclamez au nom d'un ou d'enfant(s) mineur(s) de votre ménage, veuillez indiquer les nom(s) et date(s) de naissance de chaque enfant mineur. Dans ce cas, vous devez également compléter la Reconnaissance de Responsabilité à la fin de ce formulaire.

- Je réclame seulement pour le Réclamant nommé à la Section 1.**
- Je réclame seulement pour le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous.**
- Je réclame pour moi-même et pour le/les mineur(s) énuméré(s) ci-dessous.**

Je réclame au nom du/des enfant(s) mineur(s) de mon ménage sous mes soins :

NOM DU/DES MINEUR(S)	DATE DE NAISSANCE

- Une preuve de la vaccination résultant de la consommation des Produits Rappelés (par exemple : dossiers médicaux, notes d'un médecin) et une preuve de paiement de la vaccination est disponible.
- Une copie de la preuve d'achat des Produits Rappelés est soumise avec cette réclamation.
- Une copie de la preuve d'achat **n'est pas** disponible.

Le nombre total de Réclamations pour Vaccination dans formulaire est : _____

SECTION 6 – Réclamation pour Préjudice Corporel

Complétez cette Section pour chaque Réclamation pour Préjudice Corporel rapportée. Veuillez imprimer et compléter des copies additionnelles de cette Section au besoin.

Veuillez indiquer comment le Réclamant ou le mineur a eu un diagnostic d'Hépatite A:

- Le diagnostic d'Hépatite A a été obtenu dans un hôpital au Canada dans les trois (3) mois précédant ou suivant la date de rappel des Produits Rappelés.
 - Le diagnostic d'Hépatite A a été fait par un médecin de famille ou un autre clinicien au Canada dans les trois (3) mois précédant ou suivant la date de rappel des Produits Rappelés, mais pas dans un hôpital.
 - Il n'y a pas de diagnostic d'Hépatite A, mais il y a eu des symptômes dans les trois (3) mois précédant ou suivant la date de rappel des Produits Rappelés qui sont supportés par des dossiers médicaux canadiens.
- Même Réclamant qu'à la section 1

Nom de famille du Réclamant : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

- Copie de la preuve d'achat des Produits Rappelés est jointe à ce formulaire.
- Copie de la preuve d'achat **n'est pas** disponible.

SECTION 6(A) – Description des symptômes

Je, _____, par la présente, déclare, sous peine de parjure, que [Nom du Réclamant pour Préjudice Corporel ou mineur] _____ a consommé les Produits Rappelés, ce qui a provoqué le(s) préjudice(s) et/ou symptôme(s) suivant(s):

Veillez cocher tous les symptômes que le Réclamant ou le mineur a subis :

- Diarrhée (aqueuse ou sanglante)
- Jaunisse (jaunissement de la peau ou du blanc des yeux)
- Douleur ou inconfort abdominal, modéré à sévère
- Nausées
- Vomissements
- Autres symptômes. Veuillez spécifier : _____

Veillez indiquer la durée des symptômes:

- Jusqu'à 7 jours.
- Entre 7 et 15 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Entre 16 et 30 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Entre 31 et 45 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Entre 46 et 60 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Entre 61 et 75 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____
- Plus de 76 jours. Veuillez spécifier la durée de la maladie : _____

Conformément au Protocole de Distribution et aux fins de cette Section, « admis à l'hôpital » signifie que le Réclamant ou le mineur a été admis en tant que patient à l'hôpital dans le but de traiter ou de surveiller les symptômes liés à l'Hépatite A, mais doit également inclure :

- i. les admissions à l'hôpital où il/elle a été libéré(e) moins de 24 heures après son admission;
- ii. si il/elle n'est pas admis(e) à l'hôpital, mais se présente à l'hôpital à plusieurs reprises en raison de symptômes continus de l'Hépatite A, toutes ces consultations seront réputées constituer une seule admission à l'hôpital aux fins d'établir la valeur de la réclamation;
- iii. nonobstant ce qui précède, plusieurs visites pour des soins d'urgence liées à une symptomatologie continue liée à l'Hépatite A constituent une seconde admission à l'hôpital.

Est-ce que le Réclamant ou le mineur a été admis dans un hôpital pour des symptômes liés à l'Hépatite A?

- Oui. Veuillez spécifier le nom de l'hôpital et la durée de l'hospitalisation :
- Nom de l'hôpital : _____
- Nombre de jours : _____
- Durée des symptômes/complications APRÈS le congé de l'hôpital : _____
- _____
- Non. L'admission à l'hôpital n'a pas été requise.

Est-ce que le Réclamant ou le mineur a subi des complications continues ou exceptionnelles liées à l'Hépatite A après avoir reçu congé de l'hôpital?

- Oui. Veuillez décrire : _____
- _____
- Durant combien de temps? _____
- Non.

SECTION 6(B) – Documentation médicale au soutien

Aux fins de ce Formulaire de Réclamation, « Dossiers médicaux » désignent les notes de médecins, les registres d'admission à l'hôpital, les résultats de prises de sang ou les autres documents médicaux créés durant ou peu après la maladie par un médecin, un hôpital ou un autre professionnel de la santé au Canada.

Si vous réclamez pour des symptômes ayant duré jusqu'à 15 jours en conséquence de la consommation des Produits Rappelés, vous devez fournir :

1. La preuve médicale confirmant le **diagnostic** d'Hépatite A par un professionnel de la santé au Canada. Veuillez indiquer le type de preuve médicale canadienne à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

2. Si aucune preuve de diagnostic d'Hépatite A n'est disponible, les **symptômes** de l'Hépatite A doivent être établis par des Dossiers médicaux. Veuillez indiquer le type de preuve médicale à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

Si vous réclamez pour des symptômes ayant duré plus de 15 jours en conséquence de la consommation des Produits Rappelés, vous devez fournir :

1. La preuve médicale confirmant le **diagnostic** d'Hépatite A par un professionnel de la santé au Canada. Veuillez indiquer le type de preuve médicale à l'appui que vous joignez à cette réclamation :

2. Dossiers médicaux démontrant des **symptômes** continus correspondant à une infection à l'Hépatite A (c.-a-d. diarrhée, douleur ou inconfort abdominal, jaunisse, nausées ou vomissements). Veuillez indiquer le type de preuve à l'appui que vous joignez à cette réclamation qui établit la date de début des symptômes et la période la plus longue au cours de laquelle les symptômes ont été ressentis :

15-30 jours (requis): _____

31-45 jours (requis, si applicable): _____

46-60 jours (requis, si applicable): _____

75 jours et + (requis, si applicable) : _____

SECTION 7 – Réclamation de la Famille

Veillez compléter cette section si le Réclamant ou le mineur est un époux, enfant, petit-enfant, parent, grand-parent, frère ou sœur de la personne qui formule une Réclamation pour Préjudice Corporel, tel que démontré par les Dossiers médicaux qui établissent le diagnostic d'Hépatite A. Une même personne ne peut présenter une Réclamation pour Préjudice Corporel et une Réclamation de la Famille.

Nom de famille: _____ Prénom : _____

Veillez cocher cette case si le Réclamant pour Préjudice Corporel ayant la même Résidence est un mineur. La réclamation doit contenir :

(1) Renseignements du Représentant à la Section 2 de ce Formulaire de Réclamation;

(2) Preuve de l'autorité pour agir à titre de représentant;

(3) Formulaire de Reconnaissance de Responsabilité.

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) : _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date de décès (si applicable) : Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez compléter ce qui suit pour la personne qui a un diagnostic d'Hépatite A confirmé et qui partage sa résidence avec le Réclamant ou le(s) mineur(s):

Nom de famille: _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie (RAMQ) : _____

Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____

Veillez joindre la preuve de même résidence (par exemple : permis de conduire avec la même adresse).

SECTION 8 – Quittance des réclamations

Je confirme que j'ai / je n'ai pas reçu une compensation en vertu d'autres procédures ou d'un règlement hors cour et/ou donné quittance relativement aux Produits Rappelés.

Si vous avez reçu une compensation ou si vous avez quittancé vos réclamations, veuillez fournir les détails ci-dessous :

Compensation: _____ \$

Détails des réclamations quittancées : _____

SECTION 9 – Déclaration et autorisation du Réclamant

Le/la soussigné(e), par la présente, consent à la divulgation des renseignements contenus dans le présent formulaire dans la mesure de ce qui est nécessaire pour traiter cette réclamation d'indemnité.

Le/la soussigné(e) reconnaît et comprend que ce Formulaire de Réclamation est un document de Cour officiel sanctionné par le Tribunal qui supervise l'Entente de Règlement, et que soumettre ce Formulaire de Réclamation à l'Administrateur des Réclamations équivaut à le déposer au dossier de la Cour.

Le/la soussigné(e), par la présente, autorise l'Administrateur des Réclamations à contacter le Réclamant si cela est requis afin d'administrer la réclamation.

Je confirme que j'ai 18 ans ou plus.

Après avoir révisé les renseignements qui ont été fournis dans ce Formulaire de Réclamation, le/la soussigné(e), déclare, sous peine de parjure, que l'information contenue dans ce Formulaire de Réclamation est véridique et exacte au meilleur de ses connaissances, informations et croyances.

Date: _____

Signature du Réclamant (ou Représentant du Réclamant)

Nom du Réclamant (ou du Représentant du Réclamant)

Date: _____

Signature de l'Avocat du Réclamant (si applicable)

Nom de l'Avocat du Réclamant (si applicable)

**VEUILLEZ JOINDRE ET SOUMETTRE TOUTE LA PREUVE REQUISE À L'APPUI DE
VOTRE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION.**

ANNEXE A - RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ DU GARDIEN

Veillez compléter une copie de cette reconnaissance pour chaque réclamant mineur mentionné dans ce formulaire.

Cette reconnaissance de responsabilité est donnée par :

Nom du Gardien: _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____

1. Cette reconnaissance de responsabilité fait référence à un mineur, _____
_____ (nom du mineur), qui est né le _____
(jour, mois, annexe).
2. Je suis le gardien du mineur car je suis :
 - le parent du mineur.
 - le gardien nommé par acte ou testament du parent du mineur,
_____ (nom du parent), qui est maintenant
décédé.
 - le gardien nommé par ordonnance du tribunal datée du
_____ (date de l'ordonnance de garde).
3. J'ai le pouvoir et la responsabilité de prendre des décisions quotidiennes concernant le mineur.
4. J'ai joint une copie de mon autorité pour agir au nom du mineur (par exemple : certificat de naissance détaillé, certificat de baptême, ordonnance du tribunal ou autre preuve de garde).

5. Je demande à l' Administrateur des Réclamations de me remettre, pour détenir à titre de fiduciaire pour le mineur, l'argent payable au mineur en vertu de l'Entente de Règlement.
6. J'utiliserai ou je consacrerai l'argent au seul bénéfice du mineur.
7. Lorsque le mineur atteindra l'âge de 18 ans, j'en rendrai compte au mineur et lui transférerai la balance de l'argent restante à ce moment.

Date: _____

Signature du Gardien

Nom du témoin

Signature du témoin