

**ANNEXE 2**  
**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

**Action Collective CHSLD Herron**

Ce formulaire et tous les documents à son appui doivent être complétés et soumis à Collectiva, l'Administrateur des réclamations, **au plus tard le 17 novembre 2021, à 16h30, soit par courriel, télécopieur ou courrier (faisant état de la date de l'envoi) aux coordonnées suivantes :**

**Collectiva**

Par courrier : 2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Bureau 200  
Montréal (Québec) H3H 2T8

ou

Par télécopieur : 514-287-1617

ou

Par courriel : [chsldherron@collectiva.ca](mailto:chsldherron@collectiva.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 :

- Catégorie 1** : Je suis le liquidateur testamentaire de la Succession d'un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020.
- Catégorie 2** : Je suis le Conjoint survivant d'un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020.
- Catégorie 3** : Je suis l'Enfant survivant d'un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020.
- Catégorie 4** : Je suis un Résident survivant qui était hébergé au CHSLD Herron entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020 ou son représentant légal.

**Note** : Si vous êtes à la fois le liquidateur testamentaire de la Succession d'un Résident décédé et le Conjoint survivant ou un Enfant survivant, vous devez obligatoirement transmettre un Formulaire de réclamation distinct pour chaque Catégorie de compensation.

## Section A: Renseignements sur le réclamant

---

Prénom

---

Surnom

---

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

Remplissez uniquement la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation.

### **CATÉGORIE 1 : LA SUCCESSION D'UN RÉSIDENT DÉCÉDÉ**

Est-ce que le défunt était un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020 ?  Oui  Non

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 Résident décédé;
- Une copie du contrat d'hébergement avec le CHSLD Herron du Résident 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. Le cas échéant, 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 d'une pièce d'identité du liquidateur testamentaire (carte d'assurance maladie, permis de conduire, ou passeport).

*Remplissez uniquement la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation.*

**CATÉGORIE 2 : CONJOINT SURVIVANT D'UN RÉSIDENT DÉCÉDÉ**

Est-ce que le défunt était un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020 ?  Oui  Non

Quel est le nom du défunt ? \_\_\_\_\_

Quelle est la date de son décès ? \_\_\_\_\_

Étiez-vous marié, en union civile ou en union de fait avec le défunt au moment de son décès ?  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 Résident décédé;
- Une copie d'une pièce d'identité du Conjoint survivant (carte d'assurance maladie, permis de conduire, ou passeport);
- Une copie du certificat de mariage ou du certificat d'union civile ou d'un autre document pertinent établissant le statut de conjoint;
- Si vous étiez en union de fait, une preuve que vous formiez un couple depuis au moins trois (3) ans en date du décès.

*Remplissez uniquement la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation.*

**CATÉGORIE 3 : ENFANT SURVIVANT D'UN RÉSIDENT DÉCÉDÉ**

Est-ce que le défunt était un Résident du CHSLD Herron qui est décédé entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020 ?  Oui  Non

Quel est le nom du défunt ? \_\_\_\_\_

Quelle est la date de son décès ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous le fils ou la fille du défunt ?  Oui  Non

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

- Une copie du certificat de décès du Résident décédé;
- Une copie d'une pièce d'identité de l'Enfant survivant (carte d'assurance maladie, permis de conduire, ou passeport);
- Une copie du certificat de naissance ou d'adoption avec le nom du père et de la mère.

Remplissez uniquement la Catégorie pour laquelle vous présentez une réclamation.

#### **CATÉGORIE 4 : RÉSIDENT SURVIVANT**

Étiez-vous un Résident du CHSLD Herron entre le 13 mars 2020 et le 31 mai 2020 ?

Oui       Non

Quel est le nom du Résident ? \_\_\_\_\_

Est-ce que le Résident est sous un régime de protection ?     Oui     Non

Le cas échéant, quel est le nom du mandataire légal en vertu du régime de protection ?

\_\_\_\_\_

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

- Une copie du contrat d'hébergement du Résident au CHSLD Herron;
- Si le Résident survivant est sous un régime de protection : une copie de l'acte notarié du mandat en cas d'incapacité nommant son mandataire ou une copie du jugement du tribunal nommant son mandataire;
- Si le Résident survivant est sous un régime de protection : une copie d'une pièce d'identité du mandataire en cas d'incapacité (carte d'assurance maladie, permis de conduire, ou passeport);
- Si le Résident est décédé **après** la période visée par l'action collective se terminant le 31 mai 2020, le liquidateur testamentaire de sa Succession peut réclamer une compensation de Catégorie 4 en joignant également les documents suivants:
  - Une copie du certificat de décès du Résident;
  - 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. Le cas échéant, 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 d'une pièce d'identité du liquidateur testamentaire (carte d'assurance maladie, permis de conduire, ou passeport).

## 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 le CHSLD Herron.

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

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 ou représentant

\_\_\_\_\_  
Date

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