

**RÈGLEMENT GLOBAL DE L'ACTION COLLECTIVE CONTRE SMUCKERS/ARDENT MILLS
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR PRÉJUDICE CORPOREL**

Article 1 – Identification du membre de l'action collective

Nom de famille du membre de l'action collective : _____

Prénom : _____

Adresse : _____ Case postale : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Date de naissance. – Année _____ Mois _____ Jour _____

Numéro d'assurance maladie (provincial) _____

Date du décès (le cas échéant). – Année _____ Mois _____ Jour _____

Veuillez joindre le certificat de décès officiel.

Téléphone à domicile : _____ Téléphone au travail : _____

Article 2 – Identification du représentant du demandeur

Vous devez remplir cette section uniquement si vous présentez une réclamation en tant que représentant d'un membre de l'action collective. Vous DEVEZ fournir une preuve que vous êtes légalement autorisé à agir à titre de représentant d'un membre de l'action collective.

Je présente une demande au nom d'un membre de l'action collective qui est :

Un mineur (personne âgée de moins de 18 ans)

Veuillez joindre : 1) une copie de la preuve de votre pouvoir de représentation (c.-à-d. un acte de naissance détaillé, un acte de baptême, une ordonnance d'un tribunal ou autre preuve de tutelle); et 2) une attestation de responsabilité dûment remplie (voir l'annexe A).

Une personne sans capacité d'ester en justice

Veuillez joindre une copie de la preuve de votre pouvoir de représentation (c.-à-d. une procuration ou tout autre document)

Une personne décédée

Veuillez joindre une copie de la preuve de votre pouvoir de représentation (c.-à-d. un testament, une ordonnance d'un tribunal, etc.)

Nom de famille du représentant du demandeur _____ Prénom _____

Adresse _____ Case postale : _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____

Téléphone à domicile : _____ Téléphone au travail : _____

Article 3 – Identification du représentant légal

Vous devez remplir cette section UNIQUEMENT si un avocat ou un mandataire représente le demandeur. Si vous remplissez cette section, toute la correspondance sera envoyée au représentant légal du demandeur.

Nom du cabinet d'avocats ou du mandataire

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

Adresse : _____ Case postale : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal/Code ZIP _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Article 4 – Réclamation pour préjudice corporel

Paragraphe 4 A) – Description des symptômes

Je, _____, déclare par la présente, sous peine de sanction et de parjure, que le membre de l'action collective a consommé de la farine ayant fait l'objet du rappel et a souffert d'une maladie ou d'un préjudice corporel à la suite de cette consommation :

Veillez cocher tous les symptômes subis par le membre de l'action collective :

- diarrhée (aqueuse ou sanglante)
- crampes abdominales modérées ou sévères ou sensibilité abdominale à la palpation modérée ou sévère
- nausée
- vomissements
- autres symptômes gastro-intestinaux. Veuillez fournir des détails : _____

Veillez indiquer la durée des symptômes :

- 6 jours ou moins
- plus de 6 jours – veuillez préciser la durée des symptômes : _____
- de 3 à 12 mois – veuillez préciser le nombre de mois : _____
- plus de 12 mois – veuillez préciser le nombre de mois : _____

Le membre de l'action collective a-t-il été admis à l'hôpital pour y passer la nuit?

- Oui. Veuillez préciser le nom de l'hôpital et la durée de l'hospitalisation :

Nom de l'hôpital : _____

Nombre de jours d'hospitalisation : _____

- Non.

Si le membre de l'action collective a été hospitalisé, sa maladie a-t-elle été traitée à l'aide de l'une des méthodes de traitement suivantes?

- réhydratation par voie intraveineuse
- transfusion sanguine
- dialyse rénale

Si le membre de l'action collective a été traité avec une ou plusieurs des méthodes de traitement ci-dessus, pendant combien de jours ou de mois a-t-il été traité?

Durée du traitement : _____

Le membre du groupe a-t-il subi des complications mineures, modérées OU graves telles que décrites ci-dessous?

- a subi des complications **mineures**. Les complications mineures comprennent les complications qui ont été résolues sans intervention chirurgicale ou procédures médicales invasives, n'ont pas nécessité d'admission dans une unité de soins intensifs et n'ont pas nécessité d'intervention médicale continue. Veuillez fournir des détails :

- a subi des complications **modérées**. Les complications modérées comprennent les complications qui ont été résolues sans intervention chirurgicale ou procédures médicales très invasives, n'ont pas nécessité d'admission dans une unité de soins intensifs, mais ont nécessité une intervention médicale continue pendant une période de plus de 30 jours ou ont entraîné une altération de la fonction d'un organe pendant 90 jours ou moins. Veuillez fournir des détails :

- a subi des complications **graves**. Les complications graves comprennent les complications qui ont nécessité une intervention chirurgicale, une transfusion sanguine ou une dialyse rénale, ou ont entraîné des complications graves qui ont duré plus de 12 mois, une altération de la fonction d'un organe pendant plus de 90 jours ou le décès. Veuillez fournir des détails :

Le membre de l'action collective a-t-il subi une altération du fonctionnement de l'un de ses organes?

- Oui.

Veuillez fournir des détails : _____

Pendant combien de jours ou de mois? _____

- Non.

Le membre de l'action collective a-t-il subi un prélèvement ou une transplantation d'organe?

- Oui.

Veuillez fournir des détails : _____

- Non.

Le membre de l'action collective a-t-il subi une intervention chirurgicale pour traiter sa maladie?

- Oui.

Veuillez fournir des détails : _____

- Non.

Le membre de l'action collective a-t-il reçu un diagnostic de syndrome hémolytique et urémique (SHU)?

- Oui.

- Non.

Le membre de l'action collective est-il décédé des suites de sa maladie?

- Oui.

- Non.

Paragraphe 4 B) – Documents médicaux à l'appui (pièces justificatives)

Il faut fournir les pièces justificatives et documents médicaux à l'appui suivants :

- (a) une déclaration solennelle selon laquelle le membre de l'action collective a consommé de la farine ayant fait l'objet du rappel et a souffert d'une maladie ou d'un préjudice corporel à la suite de cette consommation (la « déclaration solennelle »); et
- (b) les notes du médecin, les dossiers d'admission à l'hôpital ou autres documents médicaux créés pendant ou peu après la maladie par un médecin, un hôpital ou un autre professionnel de la santé documentant des symptômes correspondant à une infection à la bactérie E. coli O121.

Le cas échéant, il faut également fournir :

- i. les résultats des tests d'un échantillon de selles cultivé obtenu et testé dans les 45 jours suivant le début de la maladie confirmant la présence de la bactérie E. coli O121;
- ii. les résultats des tests d'un échantillon de sang confirmant la présence d'anticorps liés à au moins un antigène de la bactérie E. coli O121; ou
- iii. les résultats des tests d'un échantillon d'urine obtenu et testé dans les 14 jours suivant le début de la maladie confirmant la présence de la bactérie E. coli O121.

Article 5 – Renonciation aux réclamations

Je confirme que j'ai / je n'ai pas reçu une indemnisation dans le cadre d'une autre procédure judiciaire ou d'un règlement privé en dehors de l'action collective et/ou signé une renonciation relativement au rappel. Si vous avez reçu une indemnisation ou signé une renonciation, veuillez fournir des détails :

Indemnisation : _____ \$

Détails concernant les réclamations visées par la renonciation :

Article 6 – Déclaration et autorisation du demandeur

Le soussigné consent par la présente à la communication des renseignements contenus dans le présent document dans la mesure nécessaire au traitement de cette réclamation. Le soussigné reconnaît et comprend que le présent formulaire de réclamation est un document officiel sanctionné par le tribunal qui préside au règlement et que le fait de soumettre ce formulaire de réclamation à l'administrateur des réclamations équivaut à le déposer auprès d'un tribunal.

Le soussigné autorise par la présente l'administrateur des réclamations à communiquer avec le membre de l'action collective, au besoin, aux fins de l'administration de la réclamation.

Après avoir examiné les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande, le soussigné déclare, sous peine de parjure, qu'ils sont, à sa connaissance et à la lumière des renseignements à sa disposition, véridiques et exacts.

Date : _____

Signature du demandeur (ou de son représentant)

Nom en caractères d'imprimerie du demandeur (ou de son représentant)

Date : _____

Signature de l'avocat du demandeur (si applicable)

Nom en caractères d'imprimerie de l'avocat du demandeur

ANNEXE A – DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DU TUTEUR

(*Minors' Property Act* de l'Alberta [article 8])

Cette déclaration de responsabilité est présentée par :

Nom (nom du tuteur) : _____

Adresse : _____

1. Cette reconnaissance de responsabilité concerne le mineur _____
(nom du mineur) né le _____ (jour-mois-année).
2. Je suis le tuteur du mineur, car je suis :
 - sa mère ou son père
 - nommé tuteur par un acte ou par testament du parent du mineur,
_____ (nom du parent) maintenant décédé
 - nommé tuteur par ordonnance du tribunal en date du _____ (date de
l'ordonnance de tutelle).
3. J'ai le pouvoir et la responsabilité de prendre des décisions quotidiennes concernant le mineur.
4. Je demande à l'administrateur des réclamations de me remettre, à titre de fiduciaire du mineur, les sommes payables au mineur en vertu du règlement.
5. Je n'utiliserai et ne dépenserai l'argent qu'au bénéfice du mineur.
6. Lorsque le mineur atteindra l'âge de 18 ans, je lui rendrai compte et lui transférerai le solde de l'argent non dépensé à ce moment-là.

Date : _____

Signature du tuteur : _____

Témoin : _____