

Annexe A

Formulaire de Réclamation

TOUTE PERSONNE QUI DÉSIRE PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION EN VERTU DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX CLINIQUES ZÉRO GRAVITÉ SE DOIT DE REMPLIR ET D'ENVOYER CE FORMULAIRE PAR LA POSTE OU PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE À L'ADRESSE SUIVANTE :

MÉNARD MARTIN, AVOCATS
4950, RUE HOCHELAGA
MONTRÉAL, QC, H1V 1E8
Téléphone: (514) 253-8044
Télécopieur: (514) 253-9404
menardmartin@menardmartinavocats.com

VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS APPLICABLES DU PRÉSENT FORMULAIRE. VEUILLEZ AJOUTER DES PAGES SUPPLÉMENTAIRES SI L'ESPACE PRÉVU EST INSUFFISANT. VEUILLEZ ÉGALEMENT JOINDRE À CE MÊME FORMULAIRE UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS REQUIS. VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET À L'ENCRE.

Section A – Identification du Membre du Groupe qui présente la Réclamation

À quel titre présentez-vous votre Réclamation?

En tant que Membre du Groupe en votre nom personnel;

- Veuillez compléter la **sous-section 1** du présent formulaire.

En tant que Membre du Groupe par le biais d'un curateur, d'un tuteur ou d'un mandataire;

- Veuillez compléter les **sous-sections 1 et 2** du présent formulaire.

En tant qu'Héritier ou Liquidateur à la succession d'un Membre du Groupe;

- Veuillez compléter les **sous-sections 1 et 2** du présent formulaire.

1 – Informations concernant le Membre du Groupe (vivant ou décédé)

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Homme

Femme

Autre

Date de naissance : _____ (JJ / MM / AAAA)

Date de décès (*si applicable*) : _____ (JJ / MM / AAAA)

Adresse : _____ (App. / Rue)

_____ (Ville)

_____ (Pays)

_____ (Code postal)

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Succursale des Cliniques Zéro Gravité où les traitements ont été reçus :

Montréal

Laval

Québec

Brossard

Nombre total de traitements reçus : _____

Date du premier traitement: _____

Date du dernier traitement : _____

Coordonnées à l'époque des traitements :

Adresse : _____ (App. / Rue)

_____ (Ville)

_____ (Pays)

_____ (Code postal)

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

2 – Informations concernant le curateur, le tuteur, le mandataire, l'Héritier ou le Liquidateur du Membre

Habilitation : Curateur

Tuteur

Mandataire

Héritier

Liquidateur

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Homme

Femme

Autre

Date de naissance : _____ (JJ / MM / AAAA)

Adresse : _____ (App. / Rue)

_____ (Ville)

_____ (Pays)

_____ (Code postal)

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Veillez noter qu'en cas de changement d'adresse, nous vous saurions gré d'en informer par écrit l'Administrateur des Réclamations dans les meilleurs délais à l'adresse figurant à la fin du présent formulaire.

Section B – Documents à fournir au soutien de la Réclamation

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE BIEN JOINDRE À VOTRE RÉCLAMATION UNE PHOTOCOPIE DE L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS S'APPLIQUANT À VOTRE SITUATION.

➤ En tant que **Membre du Groupe en son nom personnel** :

Une preuve d'identité reconnue telle que votre carte d'assurance maladie, votre permis de conduire, votre certificat de naissance ou votre passeport;

Document provenant de votre dossier médical attestant que vous avez reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010

Toute autre preuve confirmant que vous avez reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010 ;

Cochez cette case en l'absence de preuve que vous avez reçu 7 traitements, auquel cas l'Administrateur vérifiera si votre nom et le nombre de traitements reçus se retrouvent dans l'une des Listes de clients disponibles;

➤ En tant que **Membre du Groupe par le biais d'un curateur, d'un tuteur ou d'un mandataire** :

— Une preuve suffisante afin de démontrer que le curateur, le tuteur ou le mandataire du Membre du Groupe représenté a l'autorité juridique pour agir au nom du Membre du Groupe et qu'il a la gestion des biens de celui-ci;

Document provenant du dossier médical du Membre du Groupe attestant qu'il a reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010;

Toute autre preuve confirmant que le Membre du Groupe a reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010 ;

Cochez cette case en l'absence de preuve que le Membre du Groupe a reçu 7 traitements, auquel cas l'Administrateur vérifiera si son nom et le nombre de traitements reçus se retrouvent dans l'une des Listes de clients disponibles;

➤ En tant qu'**Héritier ou Liquidateur d'un Membre du Groupe** :

Le certificat de décès du Membre du Groupe décédé;

Le testament du Membre du Groupe décédé, le cas échéant;

Les résultats des recherches testamentaires auprès du Barreau du Québec et de la Chambre des notaires;

En l'absence de testament, la preuve de nomination d'un liquidateur de la succession *ab intestat* du Membre du Groupe décédé;

Pour le Liquidateur, copie de son inscription à ce titre au Registre des droits personnels et réels mobiliers;

Pour l'Héritier, copie de copie de l'inscription de la clôture du compte du Liquidateur au Registre des droits personnels et réels mobiliers;

Une preuve d'identité reconnue du Membre du Groupe décédé et de l'Héritier ou du Liquidateur qui présente la Réclamation, telle que photocopie de la carte d'assurance maladie, du permis de conduire, du certificat de naissance ou du passeport du Membre du Groupe décédé et de l'Héritier ou du Liquidateur;

Document provenant du dossier médical du Membre du Groupe attestant qu'il a reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010

Toute autre preuve confirmant que le Membre du Groupe a reçu plus de 7 traitements de décompression neurovertébrale dans une clinique Zéro Gravité, dont au moins un après le 4 mai 2010 ;

Cochez cette case en l'absence de preuve que le Membre du Groupe a reçu 7 traitements, auquel cas l'Administrateur vérifiera si son nom et le nombre de traitements reçus se retrouvent dans l'une des Listes de clients disponibles;

Section C – Signature

Signature du Membre du Groupe, de son représentant, de son Héritier ou de son Liquidateur :

(Signature)

(JJ / MM / AAA)

TOUS LES FORMULAIRES ET DOCUMENTS REQUIS DOIVENT ÊTRE REMIS EN MAINS PROPRES OU ENVOYÉS PAR LA POSTE **D'ICI LE 29 MARS 2023** À L'ATTENTION DE MÉNARD, MARTIN AVOCATS À L'ADRESSE SUIVANTE:

MÉNARD MARTIN, AVOCATS
4950, RUE HOHELAGA
MONTRÉAL, QC, H1V 1E8
Téléphone: (514) 253-8044
Télécopieur: (514) 253-9404
[**menardmartin@menardmartinavocats.com**](mailto:menardmartin@menardmartinavocats.com)

EN AUCUN CAS LES RÉCLAMATIONS SOUMISES **APRÈS LE 29 MARS 2023 NE SERONT ACCEPTÉES**, LE CACHET POSTAL FAISANT FOI DE LA DATE D'ENVOI.

*Nous vous conseillons fortement d'envoyer la présente réclamation accompagnée des documents requis **par courrier recommandé** afin d'assurer son suivi sécuritaire et sa confidentialité et de conserver une copie des documents transmis pour votre dossier.*

TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CE FORMULAIRE DEMEURENT CONFIDENTIELS, SOUS RÉSERVE DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX CLINIQUES ZÉRO GRAVITÉ