

FORMULAIRE DE PREUVE DE RÉCLAMATION

DANS L'AFFAIRE DE LA LOI SUR L'ARRANGEMENT AVEC LES CRÉANCIERS DES COMPAGNIES (L.R.C. (1985), ch. C-36) DE SOCIÉTÉ ASBESTOS LIMITÉE

(Pour tout Réclamant qui demande le remboursement des sommes versées à une Partie lésée pour toute Réclamation existante liée à l'amiante que le Réclamant soutient auraient dû être payées par le Débiteur (ACL), par General Dynamics Corporation et/ou par l'un de leurs prédécesseurs, successeurs, actuels ou anciens employés, administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, ayants droit, ou l'un de leurs assureurs respectifs, il convient de commencer par la partie J. Tous les autres Réclamants doivent commencer par la partie A.)

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTIE LÉSÉE

Nom : _____ Prénom : _____ Deuxième initiale : _____ Suffixe : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Sexe : _____ Numéro de sécurité sociale/Numéro d'assurance sociale (selon le cas) : _____ Numéro d'identifiant fiscal étranger (le cas échéant) : _____ Numéro d'identifiant de la succession (le cas échéant) : _____ La Partie lésée est-elle décédée? ☐ OUI ☐ NON Si oui, date du décès (jj/mm/aaaa) : _____ Le décès était-il lié à l'amiante? ☐ OUI ☐ NON	Lieu de résidence <i>(de la Partie lésée, dont la dernière résidence connue si la Partie lésée est décédée)</i> Ville : _____ État/Province : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Pays : _____ Pays de naissance : _____ Courriel : _____ Téléphone : _____
--	--

PARTIE B : RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉCLAMANT LIÉ (s'il n'est pas la PARTIE LÉSÉE)

Nom : _____

Prénom : _____

Deuxième initiale : _____ Suffixe : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Numéro de sécurité sociale/Numéro d'assurance sociale (selon le cas) : _____

Numéro d'identifiant fiscal étranger (le cas échéant) : _____

Numéro d'identifiant de la succession (le cas échéant) : _____

Lieu de résidence

Ville : _____

État/Province : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Pays de naissance : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Lien avec la Partie lésée : _____
_____Autres Réclamants liés (utiliser des copies supplémentaires de cette page pour fournir les renseignements ci-dessus concernant ces Réclamants) :

Si le Réclamant est la succession d'une Partie lésée décédée, veuillez fournir et joindre aux présentes les documents applicables suivants relatifs à la Partie lésée :

☐ Certificat de décès☐ Rapport pathologique ou rapport d'autopsie☐ Testaments et rapports de recherches testamentaires

PARTIE C : RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET D'AVOCATS (le cas échéant)

Êtes-vous représenté par un avocat dans le cadre de cette Réclamation existante liée à l'amiante?

☐ OUI ☐ NON

(Si vous avez répondu OUI, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.)

Nom de l'avocat principal qui vous représente :

Adresse de l'avocat : _____

Téléphone de l'avocat : _____

Courriel de l'avocat :

Nom du cabinet d'avocats qui vous représente :

Ville du cabinet : _____

État/Province du cabinet : _____

Adresse postale ou physique du cabinet :

Code postal du cabinet : _____

Téléphone du cabinet : _____

Télécopieur du cabinet : _____

Autres avocats ou cabinets d'avocats représentant le Réclamant dans une Réclamation existante liée à l'amiante (que ce soit dans le cadre de poursuites judiciaires, de demandes d'indemnisation à l'encontre de fiduciaires de faillite ou autre) : _____

Avez-vous conclu une entente d'honoraires avec votre ou vos avocats pour cette Réclamation existante liée à l'amiante?

☐ OUI ☐ NON

(Si vous avez répondu OUI, veuillez cocher la structure d'entente d'honoraires correspondante ci-dessous.)

☐ Honoraires à pourcentage

☐ Taux horaire

☐ Taux fixe

☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Votre avocat vous a-t-il aidé à remplir ce formulaire de réclamation?

☐ OUI ☐ NON

PARTIE D : INFORMATIONS SUR LES PRÉJUDICES LIÉS À L'AMIANTE***Veuillez cocher tous les diagnostics qui s'appliquent à la Partie lésée.***

La Partie lésée a-t-elle reçu un diagnostic de mésothéliome? ☐ OUI ☐ NON Date du premier diagnostic de mésothéliome (jj/mm/aaaa) : _____ Nom du médecin ayant posé le diagnostic : _____	Type de mésothéliome : ☐ Pleural ☐ Péritonéal ☐ Testiculaire ☐ Péricardique
La Partie lésée a-t-elle reçu un diagnostic de cancer du poumon? ☐ OUI ☐ NON Date du premier diagnostic de Cancer du poumon (jj/mm/aaaa) : _____ Nom du médecin ayant posé le diagnostic : _____	Veuillez préciser de quelle manière le cancer du poumon diagnostiqué était lié à l'exposition à l'amiante et fournir des pièces justificatives : ☐ Rapport pathologique/biopsie ☐ Radiographies/examens d'imagerie indiquant les lésions causées par l'amiante ☐ Autre : _____
La Partie lésée a-t-elle reçu un diagnostic d'une autre forme de cancer? ☐ OUI ☐ NON Si vous avez répondu OUI, veuillez préciser la forme de cancer : _____ Date du premier diagnostic de cancer (jj/mm/aaaa) : _____ Nom du médecin ayant posé le diagnostic : _____	Veuillez préciser de quelle manière la forme de cancer lié à l'amiante diagnostiquée était associée à l'exposition à l'amiante : _____ _____ _____ _____ _____
La Partie lésée a-t-elle reçu un diagnostic d'amiantose? ☐ OUI ☐ NON Date du premier diagnostic d'amiantose (jj/mm/aaaa) : _____ Soumettez-vous des examens fonctionnels respiratoires/scores de la Classification de l'OIT des radiographies comme pièces justificatives pour ce formulaire? ☐ OUI ☐ NON Nom du médecin ayant posé le diagnostic : _____	

La Partie lésée a-t-elle reçu un diagnostic d'une autre forme de maladie causée par l'exposition à l'amiante? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez préciser la forme de maladie causée par l'exposition à l'amiante :

Date du premier diagnostic (jj/mm/aaaa) : _____

Nom du médecin ayant posé le diagnostic : _____

Je dispose d'au moins un rapport établi par un médecin habilité confirmant le diagnostic des maladies liées à l'amiante énumérées ci-dessus dont je suis atteint : ☐ OUI ☐ NON

*(Les pièces justificatives médicales, telles que les diagnostics, les dossiers de traitement et les examens d'imagerie, **doivent** être jointes à la Preuve de réclamation lors de sa soumission.)*

Consentez-vous à ce que le Contrôleur obtienne des renseignements et des documents médicaux supplémentaires, si nécessaire, sous réserve du respect par le Contrôleur de la « Health Insurance Portability and Accountability Act » (HIPPA) (États-Unis) OUI ☐ NON ☐

PARTIE E1 : ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION À L'AMIANTE

Cette partie E1 doit être remplie pour chaque lieu de l'exposition présumée à l'amiante produit ou fourni par le Débiteur. S'il y a plusieurs lieux concernés, remplissez une partie E1 distincte pour chaque lieu. Vous pouvez reproduire cette partie E1 autant de fois que nécessaire.

La Partie lésée allègue-t-elle avoir été exposée à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur**?

☐ OUI ☐ NON

(Si vous avez répondu OUI, veuillez fournir les informations demandées ci-dessous.)

Nom du lieu de l'exposition présumée (un seul) : _____

Type d'exposition présumée à l'amiante dans ce lieu (*cochez une seule case*) :

☐ Exposition professionnelle (La Partie lésée a été exposée directement ou indirectement à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur** en raison de son emploi, à temps plein ou à temps partiel.)

☐ Exposition non professionnelle (La Partie lésée a été exposée directement à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur** pour des raisons indépendantes de son emploi.)

☐ Exposition indirecte (La Partie lésée allègue avoir été en contact avec une personne ayant subi une exposition professionnelle ou non professionnelle directe, soit une « **Personne principale exposée** », à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur**.)

(En fonction de la case cochée ci-dessus, ne remplissez qu'une des sections qui suivent, soit celle associée à la case cochée ci-dessus : Exposition professionnelle, Exposition non professionnelle ou Exposition indirecte.)

Exposition professionnelle (le cas échéant)

Veillez fournir les informations demandées ci-dessous pour l'Exposition professionnelle présumée de la Partie lésée à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur** :

Lieu de l'Exposition professionnelle (qui doit être le même lieu que celui indiqué au début de la Partie E1) :

Nom de l'Employeur : _____

Dates d'emploi chez l'Employeur :

Début (jj/mm/aaaa) : _____

Fin (jj/mm/aaaa) : _____

Nom, numéro et adresse du syndicat (le cas échéant) :

Dates de travail dans ce lieu :

Début (jj/mm/aaaa) : _____

Fin (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du lieu :

Ville : _____

État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Code(s) d'activités économiques de l'Employeur (voir le tableau) :

Codes d'industrie

10. Exploitation minière de l'amiante

11. Aérospatial/aviation

12. Désamiantage

13. Automobile/friction mécanique

16. Produits chimiques

17. Métiers de la construction

18. Fer/acier

19. Dockers (débardeurs)

20. Maritime

21. Défense / militaire

23. Fabrication de produits sans amiante

24. Produits pétrochimiques

25. Isolation

27. Chemins de fer

30. Construction/réparation chantier naval

31. Produits textiles

32. Pneus/caoutchouc

32. Services publics

33. Fabrication de produits contenant de l'amiante

34. Occupants immobiliers

36. Autres

Indiquez les circonstances d'exposition à des activités ou à des produits liés à l'amiante (cochez toutes les cases appropriées) :

- ☐ La Partie lésée a manipulé des fibres d'amiante brutes distribuées, fournies ou vendues, ou mises en circulation sur le marché par le Débiteur de manière régulière (directe).
- ☐ La Partie lésée a fabriqué des produits contenant de l'amiante de telle sorte qu'elle a été exposée de manière régulière au cours du processus de fabrication à des fibres d'amiante brutes distribuées, fournies ou vendues, ou mises en circulation sur le marché par le Débiteur (directe).
- ☐ La Partie lésée a modifié, réparé ou manipulé de toute autre manière un produit contenant de l'amiante de telle sorte qu'elle a été exposée de manière régulière à des fibres d'amiante distribuées, fournies ou vendues, ou mises en circulation sur le marché par le Débiteur (directe).
- ☐ La Partie lésée a exercé une activité dans un secteur ou une profession de telle sorte qu'elle a travaillé de manière régulière à proximité immédiate de travailleurs qui exerçaient au moins une des trois activités susmentionnées (indirecte).

Profession de la Partie lésée : _____

Type de travail effectué par la Partie lésée : _____

Liste du ou des produits contenant de l'amiante auxquels la Partie lésée a été exposée :

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, les dossiers de sécurité sociale, les dossiers d'antécédents professionnels, les déclarations sous serment, les dépositions de l'entreprise confirmant l'existence de produits contenant des produits provenant d'ACL, etc.)

Veuillez remplir la section suivante pour chaque produit contenant de l'amiante mentionné ci-dessus :

Produit n° 1 :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 2 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 3 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

(Si d'autres produits sont en cause pour ce lieu, veuillez joindre un addenda contenant les informations demandées ci-dessus pour chaque produit.)

Exposition non professionnelle (le cas échéant)

Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous pour l'Exposition non professionnelle présumée de la Partie lésée à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur** :

Lieu de l'Exposition non professionnelle (qui doit être le même lieu que celui indiqué au début de la Partie E1) :

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Liste du ou des produits contenant de l'amiante auxquels la Partie lésée a été exposée :

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, les dossiers de sécurité sociale, les dossiers d'antécédents professionnels, les déclarations sous serment, les dépositions de l'entreprise confirmant l'existence de produits contenant des produits provenant d'ACL, etc.)

Veuillez remplir la section suivante pour chaque produit contenant de l'amiante mentionné ci-dessus :

Produit n° 1 :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 2 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 3 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus :

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

(Si d'autres produits sont en cause pour ce lieu, veuillez joindre un addenda contenant les informations demandées ci-dessus pour chaque produit.)

Exposition indirecte (le cas échéant) :

Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous pour l'Exposition indirecte présumée de la Partie lésée à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur**, par contact avec la Personne exposée principale :

Lieu de l'Exposition indirecte (qui doit être le même lieu que celui indiqué au début de la Partie E1) :

Dates d'exposition de la Partie lésée :

Début (jj/mm/aaaa) : _____

Fin (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Nom de la Personne exposée principale qui aurait été en contact avec la Partie lésée :

Lien entre la Personne exposée principale et la Partie lésée : _____

Décrivez en détail comment la Partie lésée a été exposée à l'amiante produit ou fourni par le Débiteur par contact avec la Personne exposée principale : _____

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, les dossiers de sécurité sociale, les dossiers d'antécédents professionnels, les déclarations sous serment, les dépositions de l'entreprise confirmant l'existence de produits contenant des produits provenant d'ACL, etc.)

Énumérez le ou les lieux où la Personne exposée principale aurait été directement exposée à l'amiante **produit ou fourni par le Débiteur** et qu'elle aurait ensuite rapporté chez la Partie lésée :

(Pour chaque lieu indiqué ci-dessus, veuillez remplir la section ci-dessous concernant la Personne exposée principale. S'il y a plusieurs lieux en cause, joignez un addenda contenant les informations demandées ci-dessous, séparément pour chaque lieu.)

Lieu de l'exposition à la Personne exposée principale (un seul parmi ceux énumérés ci-dessus) :

Remplissez la section ci-dessous s'il y a eu une Exposition professionnelle présumée à la Personne exposée principale (en cas d'Exposition non professionnelle présumée à la Personne exposée principale, ne pas remplir) :

Nom de l'Employeur : _____

Dates d'emploi chez l'Employeur :

Début (jj/mm/aaaa) : _____

Fin (jj/mm/aaaa) : _____

Nom, numéro et adresse du syndicat (le cas échéant) : _____

Code(s) d'activités économiques de l'Employeur (voir le tableau plus haut) :

Indiquez les circonstances d'exposition à des activités ou à des produits liés à l'amiante (cochez toutes les cases appropriées) :

- ☐ La Personne exposée principale a manipulé des fibres d'amiante brutes distribuées, fournies ou vendues, ou mises d'une autre manière sur le marché par le Débiteur de manière régulière (directe).
- ☐ La Personne exposée principale a fabriqué des produits contenant de l'amiante de telle sorte que la Partie lésée a été exposée de manière régulière au cours du processus de fabrication à des fibres d'amiante brutes distribuées, fournies ou vendues, ou mises d'une autre manière sur le marché par le Débiteur (directe).
- ☐ La Personne exposée principale a modifié, réparé ou manipulé de toute autre manière un produit contenant de l'amiante de telle sorte que la Partie lésée a été exposée de manière régulière à des fibres d'amiante distribuées, fournies ou vendues, ou mises d'une autre manière sur le marché par le Débiteur (directe).

Profession(s) de la Personne exposée principale : _____

Type de travail effectué par la Personne exposée principale : _____

Remplissez pour l'Exposition professionnelle et l'Exposition non professionnelle à la Personne exposée principale :

Dates de travail/présence sur le lieu de l'exposition à la Personne exposée principale :

Début (jj/mm/aaaa) : _____

Fin (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Liste du ou des produits contenant de l'amiante auxquels la Personne exposée principale a été exposée :

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, les dossiers de sécurité sociale, les dossiers d'antécédents professionnels, les déclarations sous serment, les dépositions de l'entreprise confirmant l'existence de produits contenant des produits provenant d'ACL, etc.)

Veillez remplir la section suivante pour chaque produit contenant de l'amiante mentionné ci-dessus :

Produit n° 1 :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 2 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Produit n° 3 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition professionnelle/non professionnelle, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

(Si d'autres produits sont en cause pour ce lieu, veuillez joindre un addenda contenant les informations demandées ci-dessus pour chaque produit.)

PARTIE E2 : AUTRES ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION À L'AMIANTE

La Partie lésée allègue-t-elle avoir été exposée à de l'amiante **provenant d'autres sources d'amiante ni produites ni fournies par le Débiteur**?

☐ OUI ☐ NON

(Si vous avez répondu OUI, veuillez fournir les informations demandées ci-dessous.)

Énumérez tous les produits contenant de l'amiante auxquels la Partie lésée a été exposée provenant **d'autres sources d'amiante qui ne sont ni produites ni fournies par le Débiteur** (dont toute Exposition professionnelle, Exposition non professionnelle et Exposition indirecte) :

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, les dossiers de sécurité sociale, les dossiers d'antécédents professionnels, les déclarations sous serment et les dépositions relatives à l'exposition à toute autre source d'amiante ni produite ni fournie par le Débiteur.)

Veuillez remplir la section suivante pour chaque produit contenant de l'amiante mentionné ci-dessus :

Produit n° 1 :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de l'exposition (en cas d'Exposition professionnelle, veuillez fournir le nom de votre employeur; en cas d'Exposition non professionnelle ou indirecte, veuillez fournir le nom du lieu de l'exposition) :

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Produit n° 2 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante : _____

Exposition, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de l'exposition (en cas d'Exposition professionnelle, veuillez fournir le nom de votre employeur; en cas d'Exposition non professionnelle ou indirecte, veuillez fournir le nom du lieu de l'exposition) : _____

Adresse du lieu : _____

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Produit n° 3 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante : _____

Exposition, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de l'exposition (en cas d'Exposition professionnelle, veuillez fournir le nom de votre employeur; en cas d'Exposition non professionnelle ou indirecte, veuillez fournir le nom du lieu de l'exposition) :

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Produit n° 4 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Exposition, date de début (jj/mm/aaaa) : _____

Exposition, date de fin (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de l'exposition (en cas d'Exposition professionnelle, veuillez fournir le nom de votre employeur; en cas d'Exposition non professionnelle ou indirecte, veuillez fournir le nom du lieu de l'exposition) :

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

Produit n° 5 (le cas échéant) :

Type de produit contenant de l'amiante en cause figurant dans la liste ci-dessus : _____

Nom de marque du produit : _____

Description de la manipulation et/ou de l'utilisation du produit qui aurait causé l'exposition à l'amiante :

Lieu de l'exposition (en cas d'Exposition professionnelle, veuillez fournir le nom de votre employeur; en cas d'Exposition non professionnelle ou indirecte, veuillez fournir le nom du lieu de l'exposition) :

Adresse du lieu :

Ville : _____ État/Province : _____

Adresse postale : _____

Pays : _____

(Si d'autres produits sont énumérés au début de la partie E2, veuillez joindre un addenda contenant les informations demandées ci-dessus pour chaque produit.)

PARTIE F : ANTÉCÉDENTS DE TABAGISME ET/OU DE VAPOTAGE

La Partie lésée a-t-elle fumé des cigarettes, des cigarettes électroniques, des vapoteuses, de la marijuana ou toute autre substance? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez fournir les noms de marque des produits fumés par la Partie lésée :

Si vous avez répondu OUI, pendant combien d'années la Partie lésée a-t-elle fumé? _____

Si vous avez répondu OUI, fournissez le nombre (approximatif) de paquets de cigarettes que la Partie lésée a fumées par semaine : _____

La Partie lésée a-t-elle déjà fumé des cigarettes Kent? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, pendant combien d'années la Partie lésée a-t-elle fumé des cigarettes Kent?

Si vous avez répondu OUI, fournissez le nombre (approximatif) de paquets de cigarettes Kent que la Partie lésée a fumés par semaine : _____

PARTIE G : INFORMATIONS SUR LA PERTE ÉCONOMIQUE DE LA PARTIE LÉSÉE

La Partie lésée est-elle/était-elle entièrement à la retraite (c.-à-d., ne travaillant plus de manière permanente)? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, date de retraite (jj/mm/aaaa) :

Si la Partie lésée *n'est pas* retraitée, répondez aux questions suivantes sur l'emploi actuel (ou l'emploi au moment du décès de la Partie lésée); si *retraitée*, répondez aux questions suivantes sur l'emploi à la date de retraite :

Profession(s) : _____

Secteur(s) d'activité : _____

État/Province : _____

La Partie lésée était-elle employée au moment du diagnostic? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, répondez aux questions suivantes :

Profession(s) : _____

Secteur(s) d'activité : _____

Date prévue de retraite, si ce n'était le diagnostic (jj/mm/aaaa) : _____

La Partie lésée a-t-elle quitté son emploi après le diagnostic? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, date à laquelle la Partie lésée a quitté son emploi (jj/mm/aaaa) : _____

La Partie lésée allègue-t-elle une perte de salaire, une perte de prestations de sécurité sociale ou une perte de pension? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez en préciser le montant : _____

La Partie lésée allègue-t-elle une perte liée à des services domestiques? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez en préciser le montant : _____

La Partie lésée cherche-t-elle à obtenir le remboursement de frais médicaux? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez en préciser le montant : _____

La Partie lésée allègue-t-elle une perte économique autre que la perte de salaire, la perte liée à des services domestiques et les frais médicaux? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez en préciser le montant et décrire la perte économique : _____

État matrimonial actuel de la Partie lésée ou celui à la date du décès, si décédée (cochez une seule case) :

☐ Célibataire, jamais mariée ☐ Mariée

☐ Conjoint de fait ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐ Mariage annulé ☐ Séparation légale

☐ Autre (précisez) : _____

Si mariée ou en situation de conjoint de fait, âge du conjoint/de la conjointe : _____

Nombre de personnes à charge de la Partie lésée, leur(s) âge(s) et si elles souffrent d'un handicap :

(Veuillez fournir toutes les preuves et tous les documents justificatifs relatifs à cette section, y compris, le cas échéant, documents de paie, factures, reçus de paiement de factures, etc.)

PARTIE H : ACTIONS EN JUSTICE ET AUTRES RÉCLAMATIONS FONDÉES SUR LA RÉCLAMATION LIÉE À L'AMIANTE DE LA PARTIE LÉSÉE

J'ai moi-même, ou une autre personne a, déposé une réclamation ou présenté une preuve de réclamation ou tout autre document lié au même préjudice que celui pour lequel je demande réparation :

☐ OUI ☐ NON

Veillez énumérer toutes les fiducies de faillite, fiducies d'amiante, ainsi que les mécanismes de règlement des revendications auprès desquels une réclamation pour cause de préjudice a été déposée, et veuillez indiquer si cette réclamation a été approuvée et si le paiement correspondant a été reçu ou non :

Veillez fournir les détails concernant chaque paiement reçu par le Réclamant (p. ex., montant et date, etc.) ainsi que la fiducie de faillite ou d'amiante ou le mécanisme de règlement des réclamations ayant versé ce paiement au titre du préjudice subi par la Partie lésée, ainsi que le montant total cumulé des paiements reçus :

Veillez fournir les détails concernant chaque paiement reçu par le Réclamant de la part de toutes les entités autres que des fiducies d'amiante (p. ex., montant et date, etc.) et l'entité non fiduciaire qui l'a versé, telle que les défendeurs relevant du régime de la responsabilité civile, au titre du préjudice subi par la Partie lésée, ainsi que le montant total cumulé des paiements reçus :

Veillez préciser qui sont les défendeurs désignés contre lesquels vous avez intenté une ou plusieurs actions en justice pour préjudice corporel ou responsabilité pour décès lié à l'amiante, l'état d'avancement de cette ou de ces réclamations/actions en justice et, le cas échéant, le montant et la date de tout paiement :

En quelle qualité le Réclamant intente-t-il cette ou ces actions en justice?

- ☐ Partie lésée ☐ Mandataire/Liquidateur de la succession ☐ Personne à charge
☐ Conjoint de la Partie lésée ☐ Demandeur dans le cadre d'une action en responsabilité pour décès
☐ Autre (veuillez préciser) : _____

État(s)/Province(s) des actions : _____

Tribunal : _____

Numéro de dossier/Numéro de registre : _____

Date du premier recours (jj/mm/aaaa) : _____

Cette réclamation a-t-elle été réglée en tout ou en partie à l'issue d'un procès? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI, veuillez fournir les informations suivantes :

Un verdict a-t-il été rendu? ☐ OUI ☐ NON

Si un verdict a été rendu, veuillez préciser :

La date à laquelle le verdict a été rendu (jj/mm/aaaa) : _____

Le verdict était-il en faveur du demandeur ou de la défense? ☐ Demandeur ☐ Défense

En cas de verdict en faveur du demandeur, veuillez indiquer quels défendeurs ont été jugés responsables, quels ont été l'imputation de faute ou les dommages-intérêts, s'il y a eu une indemnisation financière en faveur des demandeurs et pour quel montant, et si l'affaire fait l'objet d'un appel :

Veillez indiquer toute autre entité contre laquelle une réclamation pour préjudice corporel ou responsabilité pour décès lié à l'amiante a été formulée en dehors d'actions en justice ou de procédures fiduciaires, ou contre laquelle vous ou votre conseil juridique avez l'intention de formuler une réclamation en vertu d'une entente administrative :

PARTIE I : PARTIE OU PARTIES VISÉES PAR LA RÉCLAMATION EXISTANTE LIÉE À L'AMIANTE

- ☐ Société Asbestos Limitée (« Débiteur »)
- ☐ General Dynamics
- ☐ Administrateurs et dirigeants du Débiteur
- ☐ Administrateurs et dirigeants de General Dynamics
- ☐ Assureurs

PARTIE J : UNIQUEMENT POUR LES RÉCLAMANTS SOLLICITANT LE REMBOURSEMENT DE SOMMES VERSÉES À UNE PARTIE LÉSÉE

(Cette section s'applique UNIQUEMENT à un Réclamant qui sollicite le remboursement de sommes versées à une Partie lésée au titre d'une Réclamation existante liée à l'amiante que le Réclamant estime auraient dû être payées par le Débiteur, General Dynamics et/ou l'un de leurs prédécesseurs, successeurs, actuels ou anciens employés, administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, ayants droit, ou l'un de leurs assureurs respectifs. Tous les autres Réclamants n'ont pas besoin de remplir cette section.)

Veillez fournir les informations suivantes pour chaque Partie lésée pour laquelle le Réclamant sollicite le remboursement de sommes versées à ladite Partie lésée au titre d'une Réclamation existante liée à l'amiante que le Réclamant estime auraient dû être payées par le Débiteur, General Dynamics et/ou l'un de leurs prédécesseurs, successeurs, actuels ou anciens employés, administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, ayants droit, ou l'un de leurs assureurs respectifs :

	Nom au complet de la Partie lésée	Montant accordé à la Partie lésée	Montant effectivement versé par le Réclamant à la Partie lésée
1)			
2)			
3)			
4)			

(Si nécessaire, veuillez joindre un addenda pour toute Partie lésée supplémentaire.)

Veillez énumérer tous les motifs d'action que le Réclamant invoque pour justifier le remboursement de sommes versées à une Partie lésée au titre d'une Réclamation existante liée à l'amiante, sommes que le Réclamant estime auraient dû être payées par le Débiteur, General Dynamics et/ou l'un de leurs prédécesseurs, successeurs, actuels ou anciens employés, administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, ayants droit, ou l'un de leurs assureurs respectifs :

Veillez expliquer les faits sur lesquels le Réclamant se fonde pour affirmer qu'il devrait être remboursé des sommes versées à une Partie lésée au titre d'une Réclamation existante liée à l'amiante, sommes que le Réclamant estime auraient dû être payées par le Débiteur, General Dynamics et/ou l'un de leurs prédécesseurs, successeurs, actuels ou anciens employés, administrateurs, dirigeants, mandataires, représentants, ayants droit, ou l'un de leurs assureurs respectifs :

(Veillez aussi fournir les renseignements sur le Réclamant dans les parties B, C, I et K.)

(Veillez aussi reproduire et remplir la partie A ainsi que les parties D à H du formulaire de Preuve de réclamation pour chaque Partie lésée pour laquelle le Réclamant sollicite un remboursement.)

PARTIE K : LISTE DE VÉRIFICATION FINALE

Veillez confirmer que les pièces justificatives et preuves suivantes, dans la mesure où elles sont pertinentes et disponibles, ont été versées à l'appui de la présente Preuve de réclamation. **Veillez vous reporter à la section 4 de la Lettre d'instructions aux Réclamants pour obtenir la liste complète et détaillée des pièces justificatives.**

- ☐ Toutes les dépositions recueillies dans le cadre de toute action en justice mentionnée qui se rapportent de quelque manière que ce soit à l'exposition présumée du Réclamant à de l'amiante ou des produits contenant de l'amiante;
- ☐ Toutes les procédures préalables écrites (y compris les interrogatoires et les demandes d'admission) effectuées au nom du Réclamant dans le cadre de toute action en justice mentionnée dans la Preuve de réclamation;
- ☐ Tous les rapports d'experts produits par l'une des parties dans le cadre d'une action en justice mentionnée dans la Preuve de réclamation;
- ☐ Relevé de Sécurité sociale et copie des dossiers syndicaux, d'emploi ou d'antécédents professionnels attestant de l'exposition présumée du Réclamant à l'amiante du Débiteur (le cas échéant) et toute autre preuve pertinente d'exposition à l'amiante du Débiteur;
- ☐ Copie des dossiers médicaux (ou du rapport d'autopsie) confirmant le diagnostic et établissant que l'exposition à l'amiante est un facteur qui a contribué à causer la maladie;

- ☐ Preuve établissant la période de latence entre l'exposition initiale et le diagnostic;
- ☐ Toute autre preuve médicale;
- ☐ Formulaire d'Autorisation de divulguer les dossiers d'autres fiduciaires d'amiante et organismes de règlement des revendications (voir partie L ci-dessous); et
- ☐ Toute autre preuve pertinente.

PARTIE L : RÉCLAMATION LIÉE À L'AMIANTE ET ATTESTATION DE LA DEMANDE

En soumettant cette Preuve de réclamation, vous autorisez le Contrôleur à obtenir tous les renseignements, documents et autres dossiers (les « **Dossiers** ») soumis par vous ou en votre nom dans le cadre de toute autre fiducie ou procédure de règlement de réclamations liées à l'amiante, ainsi que toute demande d'indemnisation des accidents du travail, au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre juridiction (les « **Autres fiduciaires** »), et vous autorisez les Autres fiduciaires à communiquer ces Dossiers au Contrôleur. Veuillez également signer le formulaire ci-joint pour autoriser la communication des dossiers d'autres fiduciaires d'amiante et organismes de règlement des revendications.

Il est obligatoire de remplir cette partie dans son intégralité :

- ☐ J'ai connaissance de toutes les circonstances relatives à la réclamation mentionnée dans le présent formulaire et certifie que tous les faits qui y sont exposés sont véridiques et exacts.
- ☐ Je reconnais que le Contrôleur peut rejeter en totalité ma réclamation si cette Preuve de réclamation contient une fausse déclaration ou une déclaration inexacte.

Bloc-signature du Réclamant (cette signature doit être apposée et saisie par le Réclamant.)

Signé à _____,

ce _____ jour de/d' _____ 2026

_____ Témoïn

_____ Réclamant

Nom du Témoïn en caractères d'imprimerie : _____

JE DÉCLARE, SOUS PEINE DE PARJURE, QUE, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, TOUTES LES INFORMATIONS FOURNIES ET CONTENUES DANS LA PRÉSENTE PREUVE DE RÉCLAMATION SONT VÉRIDIQUES, EXACTES ET COMPLÈTES À LA DATE DES PRÉSENTES.

Instructions pour remplir la Preuve de réclamation :

Avant de remplir ce formulaire, veuillez consulter la Lettre d'instructions pour les Réclamants qui se trouve sur le site de Processus de réclamation du Contrôleur à ACLClaims.com.

La Preuve de réclamation dûment remplie et les pièces justificatives doivent être envoyées par courriel, par la poste, par messenger ou par courrier recommandé et reçues par le Contrôleur ou soumises en ligne aux coordonnées indiquées ci-dessous au plus tard **le 10 septembre 2026 à 17 h (heure de l'Est)**.

Par la poste, par messenger ou par
courrier recommandé – Canada :

Raymond Chabot inc.
À l'attention de : Asbestos Corporation Limited

Bureau 2000
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Par la poste, par messenger ou par
courrier recommandé – États-Unis :

Grant Thornton NYC
Attention: Asbestos Corporation Limited

757 Third Ave.
9th Floor
New York, NY 10017

Par télécopieur :

800-711-1070

Par courriel :

asbestoscorp@rcgt.com

En ligne (sur le site de Processus de réclamation du Contrôleur):

[ACLClaims.com](https://aclclaims.com)

LES RÉCLAMANTS QUI N'AURONT PAS DÉPOSÉ DE PREUVE DE RÉCLAMATION ET LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À L'APPUI AU PLUS TARD LE 10 SEPTEMBRE 2026 SERONT DÉFINITIVEMENT PRIVÉS DU DROIT DE FAIRE VALOIR UNE RÉCLAMATION EXISTANTE LIÉE À L'AMIANTE ET DE PARTICIPER À LA RESTRUCTURATION.

Lorsque vous remplissez votre Preuve de réclamation, veuillez prêter particulièrement attention aux notes figurant en marge du formulaire et aux instructions suivantes :

- a) La Preuve de réclamation doit être remplie et signée par un individu, et non par une société. Si vous agissez pour le compte ou au nom d'une société ou d'une autre personne, vous devez indiquer votre poste ou vos fonctions au sein de cette société ou auprès de cette autre personne (p. ex., « directeur des comptes », « contrôleur », « mandataire autorisé », etc.);
- b) Le signataire de la Preuve de réclamation doit être le Réclamant et avoir une connaissance personnelle des faits relatifs à la Réclamation existante liée à l'amiante. Un avocat ou tout autre représentant ne peut signer une Preuve de réclamation au nom d'un Réclamant;
- c) [...]
- d) Le signataire de la Preuve de réclamation doit signer devant un témoin, en indiquant le lieu et la date, ou respecter les instructions pour la soumission en ligne sur le site de Processus de réclamation du Contrôleur en cas de soumission en ligne de la Preuve de réclamation.

Montréal, le 11 mars 2026

RAYMOND CHABOT INC.

En sa qualité de Contrôleur du Débiteur, et non à titre personnel

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGUER LES DOSSIERS D'AUTRES
FIDUCIES D'AMIANTE ET ORGANISMES DE RÈGLEMENT DES REVENDICATIONS**
(Supplément à la partie L de la Preuve de réclamation)

À QUI DE DROIT :

Le Réclamant soussigné autorise par la présente l'ensemble des fiducies d'amiante, des fiducies de faillite, des mécanismes de règlement des réclamations ou des procédures similaires en matière de réclamations liées à l'amiante, qu'ils existent actuellement ou soient créés ultérieurement, aux États-Unis ou au Canada (collectivement, les « **Autres fiducies et mécanismes de règlement des réclamations liées à l'amiante** »), à transmettre directement à Raymond Chabot inc., en sa qualité de contrôleur désigné par le tribunal (le « **Contrôleur** ») dans le cadre de la procédure de restructuration d'Asbestos Corporation Limited en vertu de la *Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies*, toutes les demandes et réclamations faites par le Réclamant et (si celle-ci n'est pas le Réclamant par la partie dont le préjudice constitue le fondement de la réclamation (la « **Partie lésée** »), y compris les formulaires de réclamation, toutes les pièces jointes à ces formulaires, ainsi que tout formulaire de réclamation modifié ou complémentaire. Le Réclamant reconnaît expressément que les Autres fiducies et mécanismes de règlement des réclamations liées à l'amiante peuvent fournir ces documents directement au Contrôleur et ne sont pas tenus d'obtenir d'autres autorisations de la part du Réclamant ou de ses représentants.

Une copie (y compris une copie électronique ou une copie numérisée) de cette Autorisation sera aussi valable que l'original. La présente Autorisation n'est pas assortie d'une date d'expiration et peut être invoquée et exercée par le Contrôleur à tout moment.

Nom du Réclamant : _____

Numéro d'assurance sociale/de sécurité sociale : _____

Date de naissance : _____

Nom de la Partie lésée (si elle n'est pas le Réclamant) : _____

Numéro d'assurance sociale/de sécurité sociale : _____

Date de naissance : _____

Nom du Représentant du Réclamant ou de la Partie lésée (le cas échéant) : _____

Bloc-signature du Réclamant (cette signature doit être apposée et saisie par le Réclamant.)

Signé à _____,

ce _____ jour de/d' _____ 2026

Témoïn

Réclamant

Nom du Témoïn en caractères d'imprimerie : _____