



## AUTORISATION DE CO-LIQUIDATEUR / CO-MANDATAIRE

**Nom de la victime du tabac**<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

La victime du tabac est-elle décédée ? [ ] Oui [ ] Non

**Quelle est votre autorité à agir ?**

[ ] Je suis co-mandataire de la propriété de la victime du tabac ;

[ ] Je suis co-liquidateur de la succession de la victime du tabac ;

[ ] Je suis co-mandataire de la propriété d'un héritier de la victime du tabac ;

[ ] Je suis co-liquidateur de la succession d'un héritier de la victime du tabac.

Veillez sélectionner et joindre l'un des types de pièces d'identité suivants :

Permis de conduire ;

Passeport ;

Autre (veuillez décrire) : \_\_\_\_\_.

### **Autorisation**

Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_ [nom de la personne ayant la co-autorité] à communiquer et à agir avec les Services d'actions collectives Epiq Canada Inc. (« **Epiq** ») en sa qualité d'agent des PCC (le cas échéant) et/ou d'administrateur des réclamations sur toutes les questions liées à une réclamation aux fins d'indemnisation dans le cadre du Règlement des réclamations canadiennes relatives au tabac du Plan d'indemnisation des PCC ou du Plan d'administration des actions collectives au Québec et au nom de la victime du tabac, y compris, mais sans s'y limiter à fournir toute information ou instruction qui pourrait être demandée ou requise par Epiq pour traiter cette réclamation.

Signé à [lieu] \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ [jour mois], 202\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE \_\_\_\_\_

ADRESSE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Entrez le nom de la victime du tabac, qu'elle soit vivante ou décédée, pour laquelle une réclamation est faite.