



Date limite des réclamations :
Le 31 août 2026

RÉCLAMATIONS CANADIENNES RELATIVES AU TABAC
ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS
CP 2958 SUCC B
OTTAWA ON K1P 5W9

Plan d'administration des actions collectives au Québec (QCAP) FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA VICTIME DU TABAC

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Soumettez votre réclamation en ligne :
Vous pouvez numériser le code QR ou visiter
le site www.TobaccoClaimsCanada.ca/fr
pour soumettre votre réclamation. Si vous
soumettez votre réclamation en ligne,
elle doit être soumise avant le
31 août 2026, 23 h 59, heure de l'Est.



Un Formulaire de réclamation rempli, avec tous les documents d'accompagnement requis, doit être soumis à l'Administrateur des réclamations **au plus tard la date limite du 31 août 2026, à 23 h 59, heure de l'Est**, pour recevoir une indemnisation financière au titre du Plan d'administration des actions collectives au Québec (le « **QCAP** »).

Vous n'avez pas besoin d'un avocat pour soumettre une réclamation au titre du QCAP. Proactio, l'Agent du QCAP, a été mandaté pour vous aider à soumettre votre réclamation, sans frais supplémentaires pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec Proactio aux coordonnées suivantes :

Téléphone : 1-888-880-1844

Courriel : tabac@proactio.ca



Site Web : www.RecoursTabac.com

Des questions générales ? Communiquez avec l'Administrateur des réclamations au 1-888-482-5852 ou par courriel à info@TobaccoClaimsCanada.ca.

Besoin d'aide pour remplir le Formulaire de réclamation ? Communiquez avec l'Agent du QCAP (Proactio) au 1-888-880-1844 ou par courriel à tabac@proactio.ca.



Le QCAP et les critères d'admissibilité

Le QCAP fournira une indemnisation aux personnes qui répondent aux critères d'admissibilité du QCAP, décrits ci-dessous, et qui soumettent un Formulaire de réclamation rempli, accompagné de tous les documents justificatifs requis, avant la date limite. Ces personnes sont désignées dans les Formulaires de réclamation du QCAP comme des « **Victime(s) du tabac** », collectivement, ou une « **Victime du tabac** », individuellement.

Le QCAP fournira également une indemnisation aux successions ou aux héritiers de victimes du tabac qui sont **décédées après le 20 novembre 1998**, ainsi qu'aux successions ou aux héritiers des héritiers de victimes du tabac décédées après le 20 novembre 1998. Ces groupes sont désignés dans les Formulaires de réclamation du QCAP comme des « **Successions** », collectivement, ou une « **Succession** », individuellement.

Pour être admissible à une indemnisation financière, la victime du tabac doit répondre à **tous les critères d'admissibilité** du QCAP suivants. Elle doit :

1. résider au Québec (ou, si elle est décédée, avoir résidé au Québec au moment de son décès) ;
2. avoir fumé au moins douze paquets-années de cigarettes vendues par les compagnies canadiennes de tabac visées **entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998** ;

Remarque : Vous pouvez utiliser le calculateur disponible à l'adresse www.tobaccoclaimscanada.ca/fr/HomePCC/Calculator pour vous aider à déterminer le nombre de cigarettes fumées par la victime du tabac.

3. avoir reçu **avant le 12 mars 2012** un diagnostic de :
 - (a) Cancer du poumon primaire ; ou
 - (b) Cancer primaire (carcinome épidermoïde) du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge) ; ou
 - (c) Emphysème ou MPOC (Stade GOLD III ou IV).
4. avoir résidé au Québec à la date du diagnostic de cancer du poumon, de cancer de la gorge, d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV) ; **ET**
5. avoir été en vie le **20 novembre 1998**.

Formulaire de réclamation du QCAP

Un Formulaire de réclamation du QCAP doit être rempli et soumis à l'Administrateur des réclamations afin de recevoir une indemnisation financière au titre du QCAP.

Il y a deux Formulaires de réclamation du QCAP :

Le **Formulaire de réclamation de la victime du tabac** doit être utilisé si :

- Vous êtes une victime du tabac qui soumet une réclamation en votre propre nom ;
- Vous êtes un représentant d'une victime du tabac vivante qui a un mandat ou une procuration pour représenter cette personne.

Le **Formulaire de réclamation pour la succession** doit être utilisé si :

- Vous êtes le liquidateur de la succession d'une victime du tabac ;
- Vous êtes un héritier d'une victime du tabac et la succession est close ;
- Vous avez un mandat ou une procuration pour représenter l'héritier d'une victime du tabac ;
- Vous êtes l'héritier d'un héritier d'une victime du tabac qui aurait eu droit de soumettre une réclamation.

Date limite des réclamations

Votre Formulaire de réclamation du QCAP, ainsi que les documents justificatifs requis, doivent être soumis à l'Administrateur des réclamations au plus tard le 31 août 2026, à 23 h 59, heure de l'Est.

Comment déposer une réclamation

Vous pouvez soumettre votre Formulaire de réclamation avec les documents justificatifs de l'une des manières suivantes :

 **En ligne**, par l'intermédiaire du site Web de l'Administrateur des réclamations à l'adresse suivante : www.TobaccoClaimsCanada.ca/fr.

Courriel à info@TobaccoClaimsCanada.ca

 **Télécopieur** au 1-866-262-0816

 **Courrier recommandé**, envoyé à l'adresse suivante, et le cachet postal indiquant au plus tard la date limite du 31 août 2026 :

RÉCLAMATIONS CANADIENNES RELATIVES AU TABAC
ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS
CP 2958 SUCC B
OTTAWA ON K1P 5W9

Votre réclamation sera réputée reçue **seulement lorsque le Formulaire de réclamation et tous les documents justificatifs seront reçus par l'Administrateur des réclamations**. Les réclamants recevront un accusé de réception de la réclamation par courriel ou par la poste une fois que leur Formulaire de réclamation aura été reçu par l'Administrateur des réclamations. Vous devez conserver la preuve d'envoi de votre Formulaire de réclamation jusqu'à ce que vous receviez l'accusé de réception de la réclamation.

VEUILLEZ NE PAS SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION PLUS D'UNE FOIS OU DE PLUSIEURS MOYENS.

Le Plan d'indemnisation des PCC et les critères d'admissibilité

Si la victime du tabac **ne répond pas** aux critères d'admissibilité du QCAP susmentionnés, elle peut encore être admissible à recevoir une indemnisation en vertu d'un plan d'indemnisation distinct appelé le Plan d'indemnisation des réclamants pancanadiens (le « **Plan d'indemnisation des PCC** »). Pour être admissible dans le cadre du Plan d'indemnisation des PCC, la victime du tabac doit répondre à tous les critères suivants. Elle doit :

1. résider dans une province ou un territoire du Canada (ou, si elle est décédée, avoir été résidente du Canada au moment de son décès) ;
2. avoir été en vie le **8 mars 2019** ;
3. avoir fumé au moins douze paquets-années de cigarettes vendues par les compagnies canadiennes de tabac visées **entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998** ;

Remarque : Vous pouvez utiliser le calculateur disponible à l'adresse www.tobaccoclaimscanada.ca/fr/HomePCC/Calculator pour vous aider à déterminer le nombre de cigarettes fumées par la victime du tabac.

4. avoir reçu un diagnostic **entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019** (inclusivement) de :
- a) Cancer du poumon primaire ; ou
 - b) Cancer primaire (carcinome épidermoïde) du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge) ; ou
 - c) Emphysème ou MPOC (Stade GOLD III ou IV) ;
- ET**
5. avoir résidé dans l'une des provinces ou territoires du Canada à la date du diagnostic de cancer du poumon, de cancer de la gorge, d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV).

Une victime du tabac ne sera admissible à une indemnisation que sous un seul plan et sera indemnisée pour la maladie en vertu du plan qui offre le montant d'indemnisation le plus élevé. Vous ne pouvez pas soumettre une réclamation au titre des deux plans en même temps.

Si vous pensez soumettre une réclamation en vertu du QCAP, soumettez-la au titre du QCAP par l'intermédiaire de l'Agent du QCAP (Proactio). L'Agent du QCAP (Proactio) pourra vérifier si vous pouvez également soumettre une réclamation en vertu du Plan d'indemnisation des PCC qui pourrait vous accorder une indemnisation plus élevée, et, le cas échéant, vous aidera à transférer votre réclamation à l'Agent des PCC.

Si vous avez besoin d'aide pour déterminer où déposer une réclamation, veuillez communiquer avec l'Administrateur des réclamations.

Déclaration de protection des renseignements personnels de confidentialité par l'Administrateur des réclamations

En soumettant ce Formulaire de réclamation, la victime du tabac ou le représentant de la victime du tabac, selon le cas, confirme avoir examiné et accepté la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels comme décrit ci-dessous.

Tous les renseignements personnels recueillis par l'Administrateur des réclamations dans le cadre du processus de règlement des réclamations seront gardés confidentiels conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5, et à la Politique de confidentialité se trouvant sur le site Web de l'Administrateur des réclamations à l'adresse www.TobaccoClaimsCanada.ca/fr/Home/Privacy. Ces renseignements ne sont recueillis qu'aux fins de l'administration du QCAP et de l'évaluation de l'admissibilité du réclamant à recevoir une indemnisation.

Les renseignements personnels de la victime du tabac, y compris les renseignements personnels sur sa santé, peuvent être recueillis, utilisés et divulgués par l'Administrateur des réclamations et l'Agent du QCAP (Proactio) pour fournir des services d'agent et d'administration des réclamations. Ils ne seront pas divulgués sans le consentement écrit explicite de la victime du tabac ou d'un réclamant au titre d'une succession, sauf dans les cas prévus par le QCAP, comme l'exige la loi ou une ordonnance judiciaire, ou s'il est nécessaire de les communiquer à l'Administrateur des réclamations nommé par la cour dans le cadre du processus des réclamations au titre du QCAP. Ces renseignements ne peuvent pas être utilisés ou divulgués à d'autres fins.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site Web de l'Administrateur des réclamations à l'adresse www.TobaccoClaimsCanada.ca/fr.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME DU TABAC

Important : Avant de remplir ce Formulaire de réclamation, nous vous recommandons fortement de lire les instructions énoncées à l'annexe A pour éviter des retards ou un rejet.

Nous vous suggérons également de communiquer avec l'Agent du QCAP (Proactio) pour obtenir de l'aide pour remplir votre réclamation.

La victime du tabac

1) Nom légal complet de la victime du tabac :

Nom de famille :

Prénom :

Deuxième prénom (le cas échéant) :

2) Date de naissance de la victime du tabac (AAAA-MM-JJ) :

3) Numéro d'assurance maladie de la victime du tabac (par exemple, ABCD 1234 5678) :

4) La victime du tabac réside-t-elle au Québec à la date du diagnostic de cancer du poumon primaire, de carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge), d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV) ?

☐ Oui ☐ Non

5) La victime du tabac réside-t-elle au Québec ?

☐ Oui ☐ Non

Représentant de la victime du tabac

Veillez remplir les questions 6 et 7 uniquement si vous êtes le représentant d'une victime du tabac. Si vous êtes la victime du tabac, passez à la question 8.

6) Nom légal complet du représentant de la victime du tabac :

Nom de famille :

Prénom :

7) Mandat, jugement et/ou ordonnance en vertu desquels le représentant agit :

- | | |
|---|--|
| ☐ Procuration ou mandat détaillé (pour les victimes du tabac représentées qui ont qualité pour agir seulement) | ☐ Mandat de protection ou mandat en cas d'incapacité, homologué par un jugement |
| ☐ Jugement ordonnant la tutelle de la victime du tabac | ☐ Jugement ordonnant la curatelle de la victime du tabac (avant le 1er novembre 2022) |
| ☐ Ordonnance désignant un Administrateur provisoire pour les biens de la victime du tabac | |

Une copie du mandat, du jugement et/ou de l'ordonnance en vertu desquels le représentant de la victime du tabac agit doit être jointe et le numéro de carte d'assurance maladie de la victime du tabac ainsi que les mots « Mandat du représentant » doivent être indiqués. Si vous soumettez votre preuve de réclamation par voie électronique, veuillez enregistrer tous les documents dans un seul fichier PDF et nommer le document « [Numéro de carte d'assurance maladie de la victime du tabac] _ Mandat du représentant.pdf ».

Renseignements généraux

Remarque : Si vous êtes la victime du tabac, indiquez votre adresse postale et vos coordonnées. Si vous êtes le représentant d'une victime du tabac, veuillez fournir votre propre adresse postale et vos coordonnées.

8) Indiquez votre adresse postale :

Numéro :

Rue :

Appartement :

Ville/Village :

Province :

Code postal :

Pays :

9) Indiquez vos coordonnées :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

10) Quelle langue souhaitez-vous utiliser pour communiquer ?

- ☐ Anglais ☐ Français

PARTIE 2 : PREUVE DU DIAGNOSTIC

Diagnostic avant le 12 mars 2012

1) Est-ce que la victime du tabac a reçu un diagnostic avant le 12 mars 2012 pour l'une des maladies suivantes ? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent, et indiquez la date du diagnostic ainsi que le lieu où la victime du tabac résidait à la date du diagnostic.

☐ **Cancer du poumon primaire**

Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ) :

Lieu de résidence à la date du diagnostic :

☐ **Carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge)**

Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ) :

Lieu de résidence à la date du diagnostic :

☐ **Emphysème ou MPOC (Stade GOLD III ou IV)**

Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ) :

Lieu de résidence à la date du diagnostic :

Veuillez noter qu'en cas de récurrence ou de rechute, veuillez indiquer uniquement la date du diagnostic initial.

2) Autorisation d'obtenir une confirmation officielle du diagnostic :

Je, soussigné(e), autorise l'Administrateur des réclamations à obtenir une copie des renseignements médicaux de la victime du tabac concernant les maladies et diagnostics mentionnés à la question 1, et autorise l'Agent des PCC, l'Agent du QCAP, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et/ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), selon le cas, à fournir à l'Administrateur des réclamations des copies de tout document mentionné ci-dessous :

- Une confirmation du diagnostic de la victime du tabac du Registre québécois du cancer ;
- Un extrait des dossiers de la RAMQ confirmant le diagnostic de la victime du tabac ;
- Un extrait de la base de données MED-ÉCHO confirmant le diagnostic de la victime du tabac ;
- Tous les autres dossiers médicaux concernant la victime du tabac.

☐ **En cochant cette case, j'autorise les renseignements médicaux de la victime du tabac mentionnés ci-dessus à être communiqués à l'Administrateur des réclamations**

Des questions générales ? Communiquez avec l'Administrateur des réclamations au 1-888-482-5852 ou par courriel à info@TobaccoClaimsCanada.ca.

Besoin d'aide pour remplir le Formulaire de réclamation ? Communiquez avec l'Agent du QCAP (Proactio) au 1-888-880-1844 ou par courriel à tabac@proactio.ca.



Si une confirmation officielle de la maladie et du diagnostic ne peut pas être obtenue par ces moyens, l'Administrateur des réclamations communiquera avec vous pour demander la soumission d'un autre type de preuve.

Ne soumettez aucune preuve alternative, à moins qu'elle n'ait été explicitement demandée par un avis de l'Administrateur des réclamations intitulé « Avis de fournir une preuve alternative ».

PARTIE 3 : PREUVE DES ANTÉCÉDENTS DE TABAGISME

1) La victime du tabac a commencé à fumer des cigarettes :

- ☐ Avant le 1er janvier 1976
- ☐ Le 1er janvier 1976 ou après cette date

2) Entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998, la victime du tabac a fumé environ _____ cigarettes par jour pendant environ _____ années.

OU

3) Si le nombre de cigarettes que la victime du tabac a fumées a varié entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998, fournissez un résumé ci-dessous du nombre de cigarettes que la victime du tabac a fumées pendant cette période :

- a) A fumé environ _____ cigarettes par jour entre (AAAA) _____ et (AAAA) _____;
- b) A fumé environ _____ cigarettes par jour entre (AAAA) _____ et (AAAA) _____;
- c) A fumé environ _____ cigarettes par jour entre (AAAA) _____ et (AAAA) _____;
- d) A fumé environ _____ cigarettes par jour entre (AAAA) _____ et (AAAA) _____;
- e) A fumé environ _____ cigarettes par jour entre (AAAA) _____ et (AAAA) _____;

Si plus d'espace est nécessaire, veuillez joindre des feuilles supplémentaires au présent Formulaire de réclamation.

4) Je crois que la victime du tabac fumait régulièrement les marques de cigarettes suivantes. Cochez toutes les marques qui s'appliquent :

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Accord <ul style="list-style-type: none">• Accord KF | ☐ du Maurier <ul style="list-style-type: none">• du Maurier Légère• du Maurier Spéciale• du Maurier Ultra Légère | ☐ North American Spirit |
| ☐ Avanti/Légère | | ☐ Number 7 <ul style="list-style-type: none">• Number 7 Légère |
| ☐ B&H <ul style="list-style-type: none">• B&H 100 DeLUL.LT/MEN• B&H 100 F• B&H 100 F Menthol• B&H Légère Menthol• B&H Légère• B&H Spéciale KF• B&H Spéciale Légère KF | ☐ Dunhill <ul style="list-style-type: none">• Dunhill KF | ☐ Peter Jackson <ul style="list-style-type: none">• Peter Jackson Extra Légère KF |
| ☐ Belmont <ul style="list-style-type: none">• Belmont KF | ☐ Export <ul style="list-style-type: none">• Export « A »• Export « A » Légère• Export « A » Moyenne• Export « A » Extra Légère• Export « A » Édition Spéciale• Export « A » Ultra Légère• Export Douce• Export Bout Uni | ☐ Player's <ul style="list-style-type: none">• John Player's Spéciale• Player's Extra Légère• Player's Filtre• Player's Légère• Player's Moyenne• Player's Bout Uni |
| ☐ Belvedere <ul style="list-style-type: none">• Belvedere Extra Douce | ☐ LD | ☐ Rothmans <ul style="list-style-type: none">• Rothmans Extra Légère• Rothmans KF• Rothmans Légère• Rothmans Spéciale• Rothmans Ultra Légère KF |
| ☐ Camel | ☐ Macdonald <ul style="list-style-type: none">• Macdonald Menthol | |
| ☐ Cameo <ul style="list-style-type: none">• Cameo Extra Douce | ☐ Mark Ten <ul style="list-style-type: none">• Mark Ten Filtre | ☐ Select Spéciale/Ultra Douce/Menthol |
| ☐ Craven « A » <ul style="list-style-type: none">• Craven « A » Spéciale• Craven « A » Légère• Craven « A » Ultra Légère/Douce | ☐ Matinée <ul style="list-style-type: none">• Matinée Extra Douce• Matinée Slims/Menthol• Matinée Spéciale/Menthol | ☐ Spirit |
| ☐ Craven « M » <ul style="list-style-type: none">• Craven « M » KF• Craven « M » Spéciale | ☐ Médallion | ☐ Vantage <ul style="list-style-type: none">• Vantage KF• Vantage Légère/Menthol |
| | ☐ More | ☐ Viscount <ul style="list-style-type: none">• Viscount #1 KF• Viscount Extra Douce/Menthol |
| | | ☐ Winston |

PARTIE 4 : DÉCLARATION SOLENNELLE ET SIGNATURE

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR UNE DÉCLARATION SOLENNELLE

Vous devez signer la Déclaration solennelle ci-dessous :

Je, _____, déclare solennellement que les renseignements fournis dans le présent Formulaire de réclamation sont véridiques et exacts, qu'ils ne contiennent aucune fausse déclaration, et que les documents soumis à l'appui de ma réclamation sont authentiques et n'ont pas été modifiés de quelque manière que ce soit.

Je fais cette Déclaration solennelle en croyant de bonne foi qu'elle est véridique et exacte et en sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment.

Si quelqu'un m'a aidé à remplir le présent Formulaire de réclamation, cette personne m'a lu tout ce qu'elle a écrit et inclus avec le présent Formulaire de réclamation, au besoin, pour me permettre de comprendre le contenu du présent Formulaire de réclamation dûment rempli et toute pièce qui y est jointe, et je confirme que cette information est véridique et exacte et ne comporte aucune fausse déclaration.

En ce _____ jour de _____, 20____.

Signature de la victime du tabac

ANNEXE A

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE Formulaire DE LA VICTIME DU TABAC

En tant que personne ayant souffert d'un cancer du poumon, d'un cancer de la gorge, d'un emphysème ou d'une MPOC (Stade GOLD III ou IV), vous êtes considéré comme une « victime du tabac » selon le QCAP.

Le présent document vise à vous aider à remplir le Formulaire de réclamation de la victime du tabac, et à rassembler les documents justificatifs requis pour prouver votre réclamation.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre Formulaire de réclamation, veuillez appeler l'Agent du QCAP (Proactio) sans frais au 1-888-880-1844, envoyer un courriel à tabac@proactio.ca ou visiter le site Web de l'Agent du QCAP (Proactio) à www.RecoursTabac.com.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME DU TABAC

À la **question 1**, veuillez fournir le nom complet de la victime du tabac.

À la **question 2**, veuillez fournir la date de naissance de la victime du tabac.

À la **question 3**, veuillez fournir le numéro de la carte d'assurance maladie de la victime du tabac. Ces renseignements sont nécessaires pour permettre à l'Administrateur des réclamations de demander au ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (« **RAMQ** ») les documents qui aideront le réclamant victime du tabac à prouver le diagnostic et la date du diagnostic de la ou des maladies liées au tabac de la victime du tabac.

À la **question 4**, veuillez confirmer que la victime du tabac résidait au Québec à la date du diagnostic de cancer du poumon primaire, de carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge), d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV).

À la **question 5**, veuillez indiquer si la victime du tabac réside actuellement au Québec.

À la **question 6**, si vous êtes le représentant d'une victime du tabac, veuillez fournir votre nom légal complet.

À la **question 7**, veuillez indiquer le type de mandat en vertu duquel vous agissez en tant que représentant de la victime du tabac. Vous devez joindre une copie du mandat, de la procuration ou du jugement au Formulaire de réclamation, avec les mots « Mandat du représentant », suivi du nom de la victime du tabac, sur la page de couverture du document, ainsi que dans le nom du fichier s'il est soumis par voie électronique.

Aux **questions 8 et 9**, veuillez fournir votre propre adresse postale et vos autres coordonnées afin que l'Administrateur des réclamations puisse communiquer avec vous concernant la réclamation. Veuillez noter que l'Administrateur des réclamations communiquera avec vous par courriel, si une adresse courriel est fournie. Veuillez ajouter l'adresse courriel de l'Administrateur des réclamations, info@TobaccoClaimsCanada.ca, à votre liste de contacts afin de vous assurer que la correspondance liée à votre réclamation soit placée dans votre boîte de réception.

À la **question 10**, veuillez indiquer votre langue de préférence pour les communications de l'Administrateur des réclamations.

PARTIE 2 : PREUVE DU DIAGNOSTIC

Pour être admissible à une indemnisation, la victime du tabac doit avoir reçu, **avant le 12 mars 2012**, un diagnostic de cancer du poumon primaire, de cancer primaire (carcinome épidermoïde) du larynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, ou d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV). Ce sont les seules maladies visées par le QCAP.

En réponse à la **question 1**, veuillez indiquer la ou les maladies pour lesquelles la victime du tabac a reçu un diagnostic, et pour chacune, indiquez la date du diagnostic initial. Une récurrence ou une rechute n'est pas considérée comme un cancer primaire. En cas de récurrence ou de rechute, vous ne devez indiquer que la date du diagnostic initial. Veuillez noter que le réclamant victime du tabac ne recevra une indemnisation que pour la réclamation prouvée qui accorde l'indemnisation la plus élevée à la victime du tabac.

Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte du diagnostic de la victime du tabac, veuillez fournir l'estimation la plus précise possible, car cette information sera vérifiée par l'Administrateur des réclamations.

Si vous avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec l'Agent du QCAP (Proactio) au 1-888-880-1844, envoyer un courriel à tabac@proactio.ca ou visiter le site Web de l'Agent du QCAP (Proactio) à www.RecoursTabac.com.

À la **question 2**, vous devez autoriser l'Agent du QCAP (Proactio) et l'Administrateur des réclamations à obtenir des renseignements médicaux concernant la victime du tabac auprès des sources énumérées afin de confirmer le diagnostic et la date du diagnostic des maladies indiquées en réponse à la **question 1**.

Pour faciliter le processus de preuve des diagnostics des victimes du tabac pour les réclamants, l'avocat du groupe demandera les dossiers officiels, y compris ceux de la RAMQ, du MSSS, du Registre québécois du cancer et de la base de données MED-ÉCHO. L'Agent du QCAP (Proactio) et l'Administrateur des réclamations auront accès à ces renseignements.

Si une confirmation officielle de la maladie ou du diagnostic ne peut pas être obtenue auprès de ces sources, l'Administrateur des réclamations communiquera avec vous pour vous demander de soumettre un autre type de preuve. À titre d'exemple seulement, cette preuve pourrait être :

- Une copie d'un rapport de pathologie confirmant que la victime du tabac a reçu un diagnostic de cancer des poumons ou de cancer de la gorge, le cas échéant, avant le 12 mars 2012 ;
- Une copie d'un rapport de spirométrie effectué sur la victime du tabac avant le 12 mars 2012 qui démontre un VEMS (non réversible) inférieur à 50 % de la valeur prédite pour établir un diagnostic d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV) ;
- Un extrait des dossiers médicaux de la victime du tabac ou une Déclaration écrite du médecin de la victime du tabac.

Ne soumettez aucune preuve alternative, à moins qu'on ne vous en demande explicitement une par un avis de l'Administrateur des réclamations intitulé « Avis de fournir une preuve alternative ».

Sur demande, au moment de soumettre votre preuve alternative par voie électronique, veuillez nommer le document PDF « [numéro de la carte d'assurance maladie] - Preuve médicale alternative. pdf », le cas échéant.

PARTIE 3 : PREUVE DES ANTÉCÉDENTS DE TABAGISME

À la **question 1**, vous devez confirmer les habitudes de tabagisme de la victime du tabac. Vous devez indiquer si la victime du tabac a commencé à fumer : a) avant le 1er janvier 1976 ; ou b) le 1er janvier 1976 ou après cette date. Les tribunaux du Québec ont réduit la responsabilité des compagnies de tabac de 20 % pour les victimes du tabac qui ont commencé à fumer après le 1er janvier 1976, car les tribunaux ont déterminé qu'en date du 1er janvier 1980, les dangers de contracter une maladie en fumant étaient connus du public, et qu'il aurait fallu 4 ans à une personne pour devenir dépendante du tabac. Ainsi, les personnes qui ont commencé à fumer après le 1er janvier 1976 sont considérées comme ayant été conscientes des dangers de la possibilité de contracter une maladie en fumant (les tribunaux ont également déterminé que le public était réputé savoir, à partir du 1er mars 1996, que la cigarette était addictive). Par conséquent, les victimes du tabac qui ont commencé à fumer après le 1er janvier 1976 ont droit à une indemnisation de 80 %. Ces décisions des tribunaux sont définitives et ne peuvent pas faire l'objet d'un appel.

Veillez noter qu'afin d'avoir droit à une indemnisation, la victime du tabac doit avoir fumé 12 paquets-années, ou 87 600 cigarettes, entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998.

Un paquet-année équivaut à 7 300 cigarettes, en termes de consommation quotidienne. Par exemple, 12 paquets-années équivalent à :

- 20 cigarettes par jour pendant 12 ans ($20 \times 365 \times 12 = 87\,600$) ;
- 30 cigarettes par jour pendant 8 ans ($30 \times 365 \times 8 = 87\,600$) ;
- 10 cigarettes par jour pendant 24 ans ($10 \times 365 \times 24 = 87\,600$).

Vous n'avez pas à calculer le nombre de paquets-années fumés par la victime du tabac, car ce calcul sera effectué par l'Administrateur des réclamations lors de l'examen du Formulaire de réclamation.

Si les antécédents de tabagisme de la victime du tabac peuvent être facilement exprimés en termes de nombre de cigarettes fumées par jour par année, veuillez saisir les renseignements requis à la **question 2**. Si les antécédents de tabagisme de la victime du tabac ne peuvent pas être facilement exprimés en ces termes, veuillez fournir, à la **question 3**, un résumé des habitudes de tabagisme de la victime du tabac entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998.

À la **question 4**, veuillez cocher les cases de toutes les marques de cigarettes que la victime du tabac fumait régulièrement entre le 1er janvier 1950 et le 20 novembre 1998. Les choix de marques énumérés incluent la « famille » de ces marques. Par exemple, Player's comprend Player's Légère et Player's Filtre, etc. La fourniture de cette information vise à confirmer que la victime du tabac a fumé des cigarettes fabriquées par les compagnies de tabac défenderesses.

PARTIE 4 : DÉCLARATION SOLENNELLE ET SIGNATURE

Veillez fournir le nom de la victime du tabac, inscrire la date et apposer votre signature. En signant le Formulaire de réclamation, la victime du tabac ou le représentant de la victime du tabac reconnaît que les renseignements soumis sont véridiques et exacts, qu'ils ne contiennent aucune fausse déclaration, et que tous les documents justificatifs sont authentiques et n'ont pas été modifiés.