

Veillez taper ou écrire en lettres moulées dans les cases ci-dessous  
N'UTILISEZ PAS d'encre rouge, de crayon de plomb ou d'agrafes



**Formulaire de demande d'indemnisation pour les  
demandeurs dans le cadre du règlement du recours collectif  
Manuge c. Sa Majesté le Roi sur les erreurs de calcul des  
pensions**

**IMPORTANT:**

- Les demandeurs sont encouragés à remplir et à soumettre ce formulaire de demande d'indemnisation en ligne à l'adresse suivante: [VeteransPensionReglement.kpmg.ca](http://VeteransPensionReglement.kpmg.ca). Les soumissions en ligne permettront un traitement plus rapide de la demande.
- Si vous utilisez un stylo pour remplir ce formulaire de réclamation, veuillez écrire aussi clairement que possible. Vous pouvez envoyer votre formulaire de réclamation en pièce jointe à un courrier électronique à l'adresse suivante: [VeteransPension@kpmg.ca](mailto:VeteransPension@kpmg.ca), ou par courrier/coursier à l'administrateur à l'adresse suivante: KPMG Inc. à l'attention de l'administrateur des réclamations de recours collectif pour les pensions d'invalidité, 600 boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1500, Montréal, Québec H3A 0A3.
- Les demandeurs sont tenus de joindre une copie de toute pièce justificative, y compris un testament, un document judiciaire ou toute autre information susceptible d'aider l'administrateur à traiter la demande d'indemnisation.
- Ce formulaire de demande doit être soumis au plus tard le 19 mars 2025.
- Lorsque le formulaire de demande d'indemnisation demande des informations "si elles sont connues" ou "le cas échéant", ces informations sont utiles à l'administrateur, mais ne sont pas obligatoires.

1. Je présente cette réclamation en tant que (cochez une seule case):

Membres vivant du groupe n'ayant pas de relations de paiement  
actuelles avec ACC

**Vous devez uniquement remplir les sections (1) et (4);**

Un(e) représentant(e) de la succession du membre décédé du groupe

**Vous devez uniquement remplir les sections (2) et (4);**

Un(e) membre de la famille du membre décédé du groupe

**Vous devez uniquement remplir les sections (3) et (4).**

## **SECTION 1 – MEMBRE VIVANT DU GROUPE N'AYANT PAS DE RELATIONS DE PAIEMENTS ACTUELLES AVEC ACC**

“Les Membres du groupe admissibles qui perçoivent actuellement des Prestations affectées\*, recevront automatiquement un paiement au titre du Règlement par le biais de la même méthode de paiement qu'ils utilisent actuellement pour percevoir leurs prestations. Par conséquent, les Membres du groupe ayant des relations de paiement actuelles avec ACC seront payés automatiquement dans le cadre du Règlement et ne sont pas tenus de déposer une réclamation

2. Nom complet (Prénom, Deuxième prénom et Nom de famille):

3. Nom de famille à la naissance, le cas échéant:

4. Date de naissance (Année-Mois-Jour):

- -

5. Mes identifiants VAC, au moins un est requis:

CSDN ID:

Numéro K:

Numéro de service:

6. Je demande un paiement pour moi-même en vertu du règlement de l'action collective approuvé par l'ordonnance de la Cour fédérale.

**Passer à la Section 4.**

\*Le Règlement affecte les ajustements annuels prescrits des prestations suivantes (les « **Prestations affectées** ») :

- Pension pour invalidité en vertu de *la loi sur les pensions*
- Pension pour décès en vertu de *la loi sur les pensions*
- Allocation pour soins en vertu de *la loi sur les pensions*
- Allocation pour usure de vêtements et port d'articles d'habillement spéciaux prévue par la loi sur les pensions
- Allocation d'incapacité exceptionnelle en vertu de *la loi sur les pensions*
- Indemnités en vertu du *Règlement sur l'indemnisation en cas d'accident d'aviation*
- Pensions et allocations de guerre pour les pêcheurs en eau salée, le personnel des quartiers généraux d'outre-mer, les ouvrages de protection contre les raids aériens et les blessures pour le traitement correctif de diverses personnes et le détachement d'aide volontaire (Seconde Guerre mondiale) en vertu de *la Loi sur les prestations de guerre pour les civils*
- Prestations d'invalidité de la GRC accordées conformément à *la loi sur les pensions*
- Allocation vestimentaire en vertu de *la loi sur le bien-être des anciens combattants*.

## SECTION 2 - UN(E) REPRÉSENTANT(E) DE LA SUCCESSION DU MEMBRE DÉCÉDÉ DU GROUPE

Les réclamations acceptées qui sont soumises sous la section 2 « Représentant(e) de la succession du membre décédé du groupe » seront payées par chèque au nom de la succession du membre décédé du groupe et non au nom du représentant(e) de la succession. C'est la responsabilité du représentant(e) de la succession de s'assurer que le chèque peut être encaissé au nom de la succession.

7. Nom complet du défunt (Prénom, Deuxième prénom et Nom de famille):

8. Nom de famille à la naissance du défunt, le cas échéant:

9. Date de naissance du défunt (Année-Mois-Jour), si connue:

- -

10. Identifiant(s) VAC du défunt, si connu(s):

CSDN ID:

Numéro K:

Numéro de service:

11. Au moment du décès, l'adresse du défunt était la suivante, si connue:

(Adresse)

(Numéro d'appartement)

(Ville/Village)

(Province/Territoire/État)

(Code Postal)

(Pays)

12. Au moment du décès, le défunt (cochez une seule case):

- Avait un testament;
- N'avait pas de testament;
- Inconnu.

13. J'ai la relation suivante avec la succession du défunt (cochez une seule case):

Exécuteur testamentaire;  
Administrateur de la succession;  
Liquidateur.

14. J'ai attaché le document suivant pour prouver que je suis le fiduciaire de la succession, l'administrateur de la succession ou le liquidateur de la succession du défunt:

Testament;  
Nomination par la cour;  
Autre document. Veuillez préciser:

15. Je demande un paiement à la succession au nom du défunt en vertu du règlement de l'action collective approuvé par l'ordonnance de la Cour fédérale.

**Passer à la Section 4.**

### SECTION 3 – MEMBRE DE LA FAMILLE DU MEMBRE DÉCÉDÉ DU GROUPE

16. Nom complet du défunt (Prénom, Deuxième prénom et Nom de famille):

17. Nom de famille à la naissance du défunt, le cas échéant:

18. Date de naissance du défunt (Année-Mois-Jour), si connue:

- -

19. Identifiant(s) VAC du défunt, si connu(s):

CSDN ID:

Numéro K:

Numéro de service:

20. Au moment du décès, l'adresse du défunt était la suivante, si elle est connue:

(Adresse)

(Numéro d'appartement)

(Ville/Village)

(Province/Territoire/État)

(Code Postal)

(Pays)

21. J'ai la relation suivante avec le défunt (cochez une seule case):

Époux(se) ou conjoint(e) de fait

Enfant

Petit-enfant

Parent

Frère ou sœur

Neveu ou nièce (y compris les nièces et neveux par alliance)

Proche parent (veuillez préciser la relation:       ]       Organisation       )

Charitative prévue par le testament du défunt (le testament est requis  
en pièce jointe)

22. Je demande un paiement pour moi-même au nom du défunt en vertu  
du règlement de l'action collective approuvé par l'ordonnance de la  
Cour fédérale.

**Passer à la Section 4.**

#### **SECTION 4 – MÉTHODE DE CONTACT, COORDONNÉES DE PAIEMENT ET SIGNATURE**

23. Nom complet du demandeur (Prénom, Deuxième prénom et Nom de famille):

24. Pour des raisons de communication, la communication par courriel est privilégiée (cochez une seule case):

Mon adresse courriel est la suivante:

Je ne peux pas communiquer par courriel, vous pouvez me contacter par téléphone au:

Je ne suis pas en mesure de communiquer par courriel ni par téléphone et consens à être contacté(e) à l'adresse postale que j'ai fournie au paragraphe 25.

Je, \_\_\_\_\_ (Prénom et Nom de famille), ai procuration et peux être joint(e) à (veuillez sélectionner une option):

Numéro de téléphone:

Adresse Courriel:

25. Les paiements seront effectués par chèque. Veuillez indiquer une adresse à laquelle vous pouvez recevoir un chèque.

Mon adresse postale :

(Adresse)

(Numéro d'appartement)

(Ville/Village)

(Province/Territoire/État)

(Code Postal)

(Pays)

26. Je joins une copie de ma pièce d'identité. La preuve d'identité doit être délivrée par une autorité fédérale, provinciale, territoriale ou étatique et doit être valide (c'est-à-dire non périmée). Pour être considérée comme acceptable, la preuve d'identité valide doit inclure votre nom, votre date de naissance et votre photo (voir les différentes options ci-dessous et ne cocher qu'une seule case) :

- [ Permis de conduire
- [ Carte de santé (si elle indique votre nom, date de naissance et photo)
- fd Passeport
- Carte d'identité militaire canadienne
- Carte de citoyenneté canadienne
- Certification sécurisée de la carte de statut d'Indien
- Carte d'identité délivrée par le gouvernement
- Carte de résident permanent des États-Unis
- Carte de service des anciens combattants
- Autre:

27. Je comprends que l'administrateur peut me demander de fournir des documents supplémentaires.

28. Les renseignements personnels recueillis par KPMG seront utilisés exclusivement dans le but de traiter et de déterminer mon droit de faire une réclamation dans le cadre du règlement du recours collectif Manuge c. HMK (CFN : T-119-19). Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire de demande peuvent également être divulgués aux avocats du groupe, à Anciens Combattants Canada ou à un vérificateur, s'il y a lieu, aux fins suivantes : validation de l'identité ; réalisation d'enquêtes légales pour confirmer que je suis un membre admissible du groupe ; traitement des demandes ; élaboration d'une stratégie de paiement ; et/ou obligations en matière de rapports. KPMG Canada peut traiter les demandes en ayant recours à l'automatisation pour faciliter le traitement des décisions. Tout renseignement personnel recueilli, utilisé ou stocké par KPMG Canada dans le cadre de ce processus sera conforme à la politique de confidentialité de KPMG Canada.

Je déclare solennellement que les informations fournies dans ce formulaire de demande sont correctes.

- -

Signature

Date (Année-Mois-Jour)

Nom du témoin (en majuscules)

Signature du témoin



## Informations Concernant le Paiement Correctif de Pension d'Invalidité

29. Si vous aviez légalement droit à hériter des actifs d'un membre décédé du groupe qui a reçu une pension d'invalidité en vertu de la Loi sur les pensions entre 2003 et 2010, vous pourriez avoir droit à un paiement correctif en plus des montants récupérés dans ce recours collectif. Des informations sur le paiement correctif de pension d'invalidité, ainsi qu'un lien vers la demande, se trouvent sur le site Web de VAC: [Paiement correctif de la pension d'invalidité](#).
30. Les avocats du groupe se sont engagés à aider gratuitement ceux qui demandent des paiements correctifs. Les avocats du groupe peuvent être contactés pour obtenir de l'aide comme suit :

Par téléphone: 1-866-545-9920

Par courriel: [info@vetspensionerror.ca](mailto:info@vetspensionerror.ca)

**Pour obtenir de l'aide pour soumettre un formulaire de réclamation, veuillez nous contacter au 1-833-839-0648.**

Vous pouvez soumettre le formulaire de réclamation dûment rempli et signé par courriel à l'adresse suivante: [VeteransPension@kpmg.ca](mailto:VeteransPension@kpmg.ca) ou par courrier à l'adresse suivante:

KPMG Inc. à l'attention de l'administrateur des réclamations de recours collectif pour les pensions d'invalidité, 600 boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1500, Montréal, Québec H3A 0A3.