

Date d'édition : avril 2023

Caisse d'indemnisation pour les accidents ferroviaires impliquant des marchandises désignées (CIAFIMD)

# Formulaires des demandes d'indemnisation consolidés

# Table des matières

<b>INSTRUCTIONS AUX DEMANDEURS .....</b>	<b>1</b>
<b>FORMULAIRE DE PREUVE DE DEMANDE D'INDEMNISATION .....</b>	<b>2</b>
<b>AUTORISATION.....</b>	<b>5</b>
<b>ANNEXE 1 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES RÉSULTANT DU DÉCÈS D'UNE PERSONNE.....</b>	<b>6</b>
<b>ANNEXE 2 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES RÉSULTANT DE LÉSIONS CORPORELLES.....</b>	<b>19</b>
<b>DÉCLARATION D'IDENTIFICATION .....</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE 3 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES MORAUX .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXE 4 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR PERTES FINANCIÈRES OU DOMMAGES AUX BIENS SUBIS PAR UN PARTICULIER .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE 5 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR PERTES FINANCIÈRES OU DOMMAGES AUX BIENS SUBIS PAR UNE ENTREPRISE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 6 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES SUBIS PAR UN ASSUREUR SUBROGÉ.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 7 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES SUBIS PAR UN GOUVERNEMENT OU UNE MUNICIPALITÉ.....</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXE 8 - DEMANDE D'INDEMNISATION POUR FRAIS DE NETTOYAGE.....</b>	<b>77</b>
<b>APPENDICE A - FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE .....</b>	<b>84</b>
<b>APPENDICE B - CONTESTATION D'UNE DÉCISION.....</b>	<b>86</b>
<b>APPENDICE C – ESPACE D'ÉCRITURE SUPPLÉMENTAIRE .....</b>	<b>88</b>

## **INSTRUCTIONS AUX DEMANDEURS**

En vertu de la *Loi sur les transports au Canada*, la Caisse d'indemnisation pour les accidents ferroviaires impliquant des marchandises désignées a été créée pour gérer et régler les demandes d'indemnisation relatives aux accidents ferroviaires impliquant des marchandises désignées. Nous avons établi un processus afin de répondre aux demandes d'indemnisation pour les dommages subis à la suite d'un accident ferroviaire impliquant du pétrole brut.

Une copie de ce document est disponible sur le site web de la Caisse à [www.fraidg-ciafimd.gc.ca](http://www.fraidg-ciafimd.gc.ca), ou peut être demandée par téléphone à (613) 991-1726 ou en envoyant un e-mail à [claims@fraidg-ciafimd.gc.ca](mailto:claims@fraidg-ciafimd.gc.ca).

Si vous avez besoin d'information additionnelle, vous pouvez téléphoner à la Caisse au (613) 991-1726 ou envoyer un courriel à [claims@fraidg-ciafimd.gc.ca](mailto:claims@fraidg-ciafimd.gc.ca) pour toute demande de renseignements.

Chaque annexe répertoriée dans cette collection est destinée à un type de réclamation différent. Nous demandons aux demandeurs de remplir une demande uniquement en utilisant le calendrier approprié pour leur demande. Les demandes d'indemnisation doivent être présentées dans un délai de trois ans à compter de la date à laquelle les pertes, les dommages ou les frais ont été subis, mais au plus tard six ans après la date de l'accident ferroviaire. Les demandes d'indemnisation peuvent être présentées à la compagnie de chemin de fer durant cette période, ou à la Caisse si elle intervient durant cette période. Les demandes d'indemnisation peuvent être envoyées par la poste, par messagerie, par télécopieur ou par courrier électronique à l'adresse postale, au numéro de télécopieur ou à l'adresse de courriel ci-dessous :

### **CIAFIMD**

**180, rue Kent, bureau 830  
Ottawa (Ontario) K1A 0N5**

**À l'attention du Service des demandes d'indemnisation**

**Télécopieur : (613) 991-1726**

**Adresse de courriel : [claims@fraidg-ciafimd.gc.ca](mailto:claims@fraidg-ciafimd.gc.ca)**

Toute demande d'indemnisation transmise par courriel sera réputée avoir été reçue par la Caisse dès lors qu'elle sera présente dans notre serveur de courriel.

Toute demande d'indemnisation transmise télécopieur, par messagerie ou par la poste sera réputée avoir été reçue par la Caisse lorsqu'il est physiquement reçu par notre bureau.

Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour écrire des notes ou soumettre des informations, veuillez utiliser l'espace fourni à l'appendice C et imprimer des copies au besoin.

**Les demandeurs qui n'ont pas présenté une preuve de demande d'indemnisation dans les délais prescrits NE seront PAS en droit de recevoir quelque distribution que ce soit de la Caisse relativement à l'accident ferroviaire mentionné plus haut.**

## **FORMULAIRE DE PREUVE DE DEMANDE D'INDEMNISATION**

### **1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR ET ADRESSE OÙ LES AVIS DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS**

1. Nom complet du demandeur (le « demandeur ») :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Adresse postale complète du demandeur :

3. Numéro de téléphone du demandeur : \_\_\_\_\_

4. Adresse de courriel du demandeur : \_\_\_\_\_

5. Numéro de sécurité sociale, si disponible : \_\_\_\_\_

6. Nom du représentant autorisé du demandeur, le cas échéant :

\_\_\_\_\_

7. Adresse postale complète du représentant autorisé :

8. Numéro de téléphone du représentant autorisé : \_\_\_\_\_

9. Adresse de courriel du représentant autorisé du demandeur, le cas échéant :

\_\_\_\_\_

10. Qualité en laquelle le représentant autorisé agit :

- Parent ou tuteur d'un mineur (joindre le certificat de naissance)
- Tuteur légalement désigné (joindre l'ordonnance du tribunal)
- Autre (décrire)

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

11. Noms des membres de la famille domiciliés à la même adresse qui présentent également une demande d'indemnisation (à noter qu'une demande d'indemnisation distincte doit être remplie pour chaque membre de la famille) :

--

## 2. DÉCLARATION

La présente demande d'indemnisation résulte de dommages subis à la suite de l'accident ferroviaire impliquant des marchandises désignées indiqué ci-haut :

<b>Date</b>	
<b>Location</b>	
<b>Détails supplémentaires (en cas échéant)</b>	

## 3. MONTANT DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION

Veuillez remplir les annexes ci-jointes qui se rapportent à votre situation.

- A. Demande d'indemnisation pour dommages résultant du décès d'une personne (veuillez remplir et joindre l'annexe 1)  
**Montant de la ligne 112**

\$ \_\_\_\_\_

- B. Demande d'indemnisation pour dommages résultant de lésions corporelles (veuillez remplir et joindre l'annexe 2)

(Annexe 2A)

**Montant de la ligne 207**

\$ \_\_\_\_\_

(Annexe 2B)

**Montant de la ligne 212**

\$ \_\_\_\_\_

- C. Demande d'indemnisation pour dommages moraux (veuillez remplir et joindre l'annexe 3)

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**Montant de la ligne 306**

\$ \_\_\_\_\_

- D. Demande d'indemnisation pour dommages économiques ou matériels subis par un particulier (veuillez remplir et joindre l'annexe 4)

**Montant de la ligne 437**

\$ \_\_\_\_\_

- E. Demande d'indemnisation pour dommages économiques ou matériels subis par une entreprise (veuillez remplir et joindre l'annexe 5)

**Montant de la ligne 548**

\$ \_\_\_\_\_

- F. Demande d'indemnisation pour dommages subis par un assureur subrogé (veuillez remplir et joindre l'annexe 6)

**Montant de la ligne 606**

\$ \_\_\_\_\_

- G. Demande d'indemnisation pour dommages subis par un gouvernement ou une municipalité (veuillez remplir et joindre l'annexe 7)

**Montant de la ligne 719**

\$ \_\_\_\_\_

- H. Demande d'indemnisation pour frais de nettoyage (veuillez remplir et joindre l'annexe 8)

**Montant de la ligne 830**

\$ \_\_\_\_\_

**Total des demandes d'indemnisation (Montant des lignes A to H, au-dessus )**

\$ \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

Les demandeurs qui n'ont pas présenté une preuve de demande d'indemnisation ni les documents à l'appui dans les délais mentionnés plus haut ne recevront aucun autre avis et ne seront PAS en droit de participer comme demandeur NI de recevoir quelque distribution que ce soit de la CIAFIMD relativement à l'accident ferroviaire.

Par la présente, je certifie avoir subi les frais réclamés et j'atteste que les renseignements fournis sont vrais et complets et que la demande d'indemnisation ne contient aucune dépense qui m'a déjà été payée par un autre payeur. La CIAFIMD peut recueillir des renseignements sur le demandeur auprès de tout organisme possédant de l'information pertinente concernant la demande d'indemnisation, y compris des professionnels de la santé, des institutions, des organismes gouvernementaux et des assureurs, et elle peut utiliser ces renseignements pour administrer et régler la demande d'indemnisation.

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur ou de son représentant autorisé)

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

## **ANNEXE 1 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES RÉSULTANT DU DÉCÈS D'UNE PERSONNE**

(Si vous réclamez des dommages résultant de plus d'un décès, veuillez remplir une annexe séparée pour chacun des défunts)

### **I. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU DÉFUNT**

1. Nom du défunt/de la succession :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Date du décès (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Sexe :  Femme  Homme

5. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

--

6. Numéro de sécurité sociale, si disponible : \_\_\_\_\_

7. Liquidateur(s) :

Nom du liquidateur	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	

8. Veuillez fournir les documents suivants concernant le défunt avec votre demande:

- a) Certificat de décès obtenu de l'autorité provinciale compétente ou d'un salon funéraire
- b) Certificat de naissance si le défunt est un mineur
- c) Testament le plus récent, le cas échéant
- d) Résultat de la recherche au Registre des dispositions testamentaires de la *Chambre des notaires du Québec* et/ou d'autres associations de barreau provinciales pour confirmer l'authenticité du testament et qu'il s'agit de la plus récente version du document



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

9. Veuillez décrire la formation, les études (en cours ou terminées), les grades, les diplômes, les certifications, les appartenances à des ordres professionnels ou à toute autre association professionnelle du défunt au moment de l'accident ferroviaire. Ces renseignements serviront à établir la capacité de gain du défunt :

10. Veuillez décrire l'emploi, le poste occupé, le métier, le travail ou toute autre occupation du défunt au moment de l'accident ferroviaire et indiquer le nom de l'employeur :

11. Veuillez décrire l'emploi, le poste occupé, le métier, le travail ou toute autre occupation du défunt au moment du décès et indiquer le nom de l'employeur (s'il est différent de celui indiqué au numéro 10) :

12. S'il y a lieu, veuillez préciser depuis combien de temps le défunt occupait cet emploi au moment de l'accident ferroviaire (ou du décès) :

\_\_\_\_\_

13. S'il y a lieu, veuillez indiquer le revenu brut et net du défunt, toutes sources de revenus confondues, au moment de l'accident ferroviaire (ou du décès) :

a) Hebdomadaire: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_

b) Annuel: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_

14. Veuillez décrire, de manière précise, l'emploi, les postes occupés ou le travail du défunt au cours des trois (3) années précédant l'accident ferroviaire :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

--

15. Veuillez fournir l'information suivante (s'il y a lieu) :

- a) Les déclarations de revenus fédérale et provinciale pour les trois années précédant le décès.
- b) Les avis de cotisation fédéral et provincial pour les trois années précédant le décès.
- c) Les bulletins de paye les plus récents (si le défunt était à l'emploi d'une entreprise).
- d) Des renseignements détaillés sur les prestations reçues au moment de l'accident ferroviaire, par exemple les prestations d'assurance emploi, les indemnités pour accident de travail, les prestations d'assurance invalidité, etc.
- e) Des renseignements détaillés sur les prestations de retraite reçues au moment de l'accident ferroviaire (fédérales, provinciales ou autres).

## II. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

- État civil au moment du décès (veuillez cocher tous les choix applicables) :

- Célibataire
- Mariage ou union civile
- Conjoint de fait

(indiquez, le cas échéant, depuis quand durait l'union de fait : MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf (veuve)

### A. Conjoint du défunt\* (s'il y a lieu)

\*« CONJOINT » DÉSIGNE UNE PERSONNE DU MÊME SEXE OU DU SEXE OPPOSÉ.

1. Le défunt était :

- Marié (joindre le certificat de mariage) ou en union civile
- Conjoint de fait depuis (MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Nom du conjoint du défunt :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

3. Date de naissance du conjoint (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Sexe :  Femme  Homme

5. Au moment de l'accident ferroviaire,

• un enfant était-il né de cette union?  Oui  Non

• un enfant devait-il naître de cette union?  Oui  Non

• un enfant avait-il été adopté par le défunt ou son conjoint?  Oui  Non

○ Si la réponse est « Oui », veuillez fournir une copie de l'ordonnance d'adoption.

• un enfant d'un conjoint avait-il été adopté par l'autre conjoint?  Oui  Non

○ Si la réponse est « Oui », veuillez fournir une copie de l'ordonnance d'adoption.

6. Le défunt et son conjoint vivaient-ils ensemble au moment de l'accident ferroviaire?  Oui  Non

7. Le conjoint vivait à l'adresse ci-dessous depuis (MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

8. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

9. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

10. Le conjoint est-il handicapé?  Oui  Non

11. Si la réponse est « Oui », veuillez fournir un rapport médical attestant le handicap du conjoint.

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**B. Ancien conjoint du défunt\* (s'il y a lieu)****\*« ANCIEN CONJOINT » DÉSIGNE UNE PERSONNE DU MÊME SEXE OU DU SEXE OPPOSÉ.**

1. Au moment du décès, le défunt avait-il un ancien conjoint?  Oui  Non
  - Si la réponse est « Oui », veuillez fournir une copie du jugement de divorce ou de l'ordonnance de séparation officielle, le cas échéant.
2. Au moment du décès, le défunt payait-il ou devait-il payer une pension alimentaire à son conjoint (**pension alimentaire pour enfant non comprise**) conformément à un jugement ou une entente?  Oui  Non
  - Si la réponse est « Oui », veuillez joindre une copie du document officiel indiquant le montant de la pension alimentaire.
3. Sexe:  Femme  Homme
4. Nom de l'ancien conjoint du défunt :  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_
5. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

12. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

7. L'ancien conjoint est-il handicapé?  Oui  Non
  - Si la réponse est « Oui », veuillez joindre le rapport médical attestant le handicap de l'ancien conjoint.

**C. Personnes à charge du défunt\* (s'il y a lieu)****\*POUR CHAQUE ENFANT OU AUTRE PERSONNE À CHARGE DU DÉFUNT AU MOMENT DE L'ACCIDENT FERROVIAIRE, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS ET JOINDRE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ÉMIS PAR LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE DE NAISSANCE.**

1. Nom de la personne à la charge du défunt :  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_
2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

3. Sexe :  Femme  Homme
4. Lien avec le défunt : Enfant biologique/adopté  Autre  (veuillez préciser : \_\_\_\_\_)
5. Niveau de scolarité actuel :
- Primaire  Secondaire  Général  Professionnel  r CÉGEP  Universitaire
6. Revenu d'emploi annuel brut (prestations d'assistance sociale, d'assurance emploi, etc. comprises)
- \$ \_\_\_\_\_
7. Le défunt s'occupait-il de cette personne?  Oui  Non
8. Le défunt était-il responsable financièrement de cette personne?  Oui  Non
9. La personne à charge vivait-elle avec le défunt?  Oui  Non
- Si la réponse est « Non », indiquer l'adresse de la personne à charge ci-dessous.
10. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

11. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

12. La personne à la charge du défunt était-elle handicapée?  Oui  Non
- Si la réponse est « Oui », veuillez joindre le rapport médical attestant le handicap de la personne à charge.

**S'IL Y AVAIT D'AUTRES PERSONNES À CHARGE, VEUILLEZ FOURNIR LES MÊMES RENSEIGNEMENTS SUR CES PERSONNES SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE ET LA JOINDRE À CE FORMULAIRE.**

#### D. Parents du défunt\* (s'il y a lieu)

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS SI LE DÉFUNT ÉTAIT ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS AU MOMENT DE L'ACCIDENT FERROVIAIRE ET N'AVAIT PAS DE CONJOINT OU DE PERSONNE À CHARGE. VEUILLEZ JOINDRE LE CERTIFICAT DE DÉCÈS DU DÉFUNT ÉMIS PAR LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE DE NAISSANCE ET PORTANT LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE DU DÉFUNT.**

1. Nom du parent du défunt :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Sexe :  Femme  Homme

4. Lien avec le défunt :

r Père/mère biologique ou adoptif

r Personne remplissant le rôle de père/mère. Depuis : (JJ-MM-AAAA)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

r Aucune personne ne remplissait le rôle de père/mère

5. Si le parent biologique du défunt est décédé, veuillez indiquer la date de son décès et joindre une copie du certificat de décès (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Le parent vivait-il avec le défunt?  Oui  Non

- Si la réponse est « **Non** », indiquer l'adresse de la personne à charge ci-dessous.

7. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

8. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

**Remarque : s'il y a plusieurs parents, veuillez dupliquer cette page et la remplir pour chaque parent.**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**E. Frères et sœurs du défunt\* (s'il y a lieu)**

1. Nom du frère ou de la sœur :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Sexe :  Femme  Homme

4. Lien avec le défunt :

 Frère/sœur biologique ou adopté Demi-frère/sœur (Depuis (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) Autre : \_\_\_\_\_5. Le défunt vivait-il avec le frère ou la sœur?  Oui  Non

- Si la réponse est « **Non** », indiquer l'adresse de la personne à charge ci-dessous.

6. Adresse résidentielle (au moment du décès) :

7. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

**Remarque : s'il y a plusieurs frères et / ou sœurs, veuillez dupliquer cette page et la remplir pour chaque personne à charge.**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

F. Réclamation pour dommages résultant du décès d'une personne :

a. Dommages que vous avez subis : \$ \_\_\_\_\_ **102**

Il peut s'agir de dommages financiers (perte de soutien financier ou matériel) et/ou de dommages affectifs ou psychologiques. Veuillez fournir les détails :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

G. Les dommages réclamés par la succession peuvent comprendre (veuillez fournir les reçus des dommages réclamés) :

a. Frais réels raisonnables engagés dans l'intérêt du défunt

\$ \_\_\_\_\_ **103**

b. Frais funéraires réels raisonnables engagés

\$ \_\_\_\_\_ **104**

c. Allocation raisonnable pour frais de déplacement réels engagés pour la visite du défunt durant ou après son traitement

\$ \_\_\_\_\_ **105**

d. Frais de services infirmiers, d'entretien ménager et d'autres services fournis au défunt à cause de la blessure

\$ \_\_\_\_\_ **106**

H. **Autres dommages réclamés par la succession (s'il y a lieu)**

La succession du défunt peut faire une demande d'indemnisation pour la douleur et la souffrance causées au défunt entre le moment où il a subi les blessures résultant de l'accident et celui où il a fini par succomber à ses blessures.



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Autres dommages réclamés par la succession : \$ \_\_\_\_\_ 107

Veillez fournir des explications et les dossiers médicaux.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I. **Total des dommages réclamés par la succession (additionnez les lignes 103 à 107)**

\$ \_\_\_\_\_ 108

**III. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans cette annexe :

	<b>Police d'assurance A.</b>	<b>Police d'assurance B.</b>
1. Nature de la police d'assurance :		
2. Nom du titulaire de la police :		
3. Montant de la garantie :		
4. Numéro de la police :		
5. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		
6. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	\$ _____ <b>109</b>	\$ _____ <b>110</b>
7. Est-ce qu'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :

<b>Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière</b>	<b>Montants reçus \$</b>	<b>Date des paiements</b>	<b>Date de remboursement, le cas échéant</b>

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Total	\$ _____	111
-------	----------	-----

**IV. TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES RÉSULTANT DU DÉCÈS D'UNE PERSONNE**

(additionner les lignes 102 et 108 et soustraire les lignes 109, 110 et 111) (entrer ce montant à la ligne A de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ 112

1. Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants

a) Nom de l'avocat :

\_\_\_\_\_

b) Nom du cabinet d'avocats :

\_\_\_\_\_

c) Adresse:

\_\_\_\_\_

d) Ville, province ou État, code postal ou zip :

\_\_\_\_\_

e) Adresse de courriel :

\_\_\_\_\_

f) Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

2. Fournissez les renseignements relatifs à toute poursuite que vous avez intentée en raison de l'accident ferroviaire :

• Nom des parties :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

---

---

---

- N° de dossier de l'action civile .:

---

- Juridiction:

---

- District judiciaire :

---

(Veuillez joindre une copie des procédures)

- Si l'affaire a été réglée :
- Date à laquelle le jugement a été rendu ou l'affaire a été réglée :

---

- Montants payés :

---

## **ANNEXE 2 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES RÉSULTANT DE LÉSIONS CORPORELLES**

### **I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

1. Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Date des lésions corporelles (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Sexe :  Femme  Homme

5. Adresse résidentielle (au moment des lésions corporelles) :

6. Numéro de sécurité sociale, si disponible : \_\_\_\_\_

7. Location au moment des lésions corporelles :

8. Veuillez indiquer votre situation au moment de l'accident ferroviaire:

Employé

Si vous étiez employé au moment de l'incident lié à cette réclamation, avez-vous reçu ou êtes-vous en train de recevoir une forme d'indemnisation des accidents du travail de votre employeur, d'un organisme gouvernemental ou d'une autre source ?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires ci-dessous :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- Employé mais n'exerçant pas de fonctions normales (congé non payé, invalidité de courte ou de longue durée, etc.)
- Travailleur autonome
- Sans emploi et prestataire d'assurance-emploi
- Sans emploi
- Retraité
- Étudiant ou diplômé récent
- Aidant naturel

9. Veuillez fournir des détails sur votre médecin traitant ou votre médecin de famille (nom, adresse de la clinique, numéro de téléphone), s'il y a lieu :

**II. REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR LÉSIONS CORPORELLES**

1. Veuillez fournir les renseignements suivants au sujet des lésions corporelles que vous avez vous-même subies à cause de l'accident ferroviaire :

- Description des lésions corporelles:

2. Les lésions corporelles ont-elles nécessité une hospitalisation ?  Yes  No

a. Date de l'admission à l'hôpital :

b. Date du congé de l'hôpital :

c. Les lésions corporelles ont-elles nécessité des traitements physiques ?  Yes  No

d. Les traitements physiques sont-ils encore administrés ?  Yes  No

e. Veuillez décrire les traitements administrés en raison des lésions corporelles depuis que vous les avez subies (veuillez fournir les dossiers médicaux applicables) :

f. Veuillez préciser les noms des hôpitaux, des cliniques, des autres institutions et des personnes qui ont prescrit ou fourni les traitements qui ont été administrés (veuillez indiquer les coordonnées complètes) :

g. Veuillez décrire tous les futurs traitements prévus et leur durée estimée, ainsi que le nom des institutions qui les administreront (si ces renseignements sont connus) :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- h. Votre état physique a-t-il occasionné des frais de déplacement ou d'hébergement nécessaires pour recevoir des soins, subir des examens médicaux ou prendre part à un programme de réadaptation? Dans l'affirmative, veuillez fournir la liste des frais (fournissez les reçus) :

**Total des frais de déplacement et d'hébergement**

\$ \_\_\_\_\_ **201**

- i. Avez-vous pu reprendre vos activités normales après l'accident ferroviaire?

Oui (veuillez indiquer la date : \_\_\_\_\_)

Non

- j. Les blessures ont-elles entraîné une invalidité ?  Yes  No

- Si oui, veuillez préciser, en pourcentage, le niveau actuel de l'invalidité **temporaire** : \_\_\_\_\_ % ainsi que le niveau prévu d'invalidité **permanente** qui résultera des lésions corporelles subies : \_\_\_\_\_ %

- k. Ces pourcentages vous ont-ils été confirmés par écrit par un professionnel de la santé? Dans l'affirmative, veuillez joindre le document écrit (s'il est disponible) et fournir les coordonnées complètes de cette personne.

- l. Veuillez décrire tout problème médical, condition médicale ou problème de santé que vous aviez avant l'accident ferroviaire et fournir tous les documents médicaux pertinents (c.-à-d. un résumé de votre médecin, les notes et les dossiers cliniques de tous les médecins traitants, un résumé décodé de votre régime provincial d'assurance-maladie pour une période de 3 à 5 ans avant la date de l'accident ferroviaire, ainsi que tout autre dossier médical pertinent). Joindre des pages et des documents additionnels, si nécessaire :



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- m. Avant l'accident ferroviaire, aviez-vous reçu un diagnostic, étiez-vous traité ou preniez-vous des médicaments relativement à une maladie ou à une invalidité quelconque? Si oui, veuillez préciser :

--

- n. Vous êtes-vous vu refuser une protection d'assurance médicale pour une raison quelconque? Si oui, veuillez préciser :

--

Demande d'indemnisation pour dommages résultant de lésions corporelles (blessures):

\$ \_\_\_\_\_ **203**

### **III. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans l'annexe 2A :

	<b>Police d'assurance A.</b>	<b>Police d'assurance B.</b>
a. Nature de la police d'assurance :		
b. Nom du titulaire de la police :		
c. Montant de la garantie :		
d. Numéro de la police :		
e. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

f. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	_____ \$ 204	_____ \$205
g. Est-ce que d'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière	Montants reçus \$	Date des paiements	Date de remboursement, le cas échéant
<b>Total</b>	\$ _____ 206		

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES  
RÉSULTANT DE LÉSIONS CORPORELLES (BLESSURES)**

(additionner les lignes 201 et 203 et soustraire les lignes 204, 205 et 206)

(entrer ce montant à la ligne B de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ 207

**IV. REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES**

3. Veuillez fournir les renseignements suivants au sujet des lésions psychologiques que vous avez personnellement subies à la suite de l'accident ferroviaire :

- Description des lésions psychologiques:

4. Les lésions psychologiques ont-elles nécessité une hospitalisation ?  Yes  No

a. Date de l'admission à l'hôpital :

b. Date du congé de l'hôpital :

c. Les lésions psychologiques ont-elles nécessité des traitements physiques ?  Yes  No

d. Les lésions psychologiques sont-ils encore administrés ?  Yes  No

e. Veuillez décrire les traitements administrés en raison des lésions psychologiques depuis que vous les avez subies (veuillez fournir les dossiers médicaux applicables) :

f. Veuillez préciser les noms des hôpitaux, des cliniques, des autres institutions et des personnes qui ont prescrit ou fourni les traitements qui ont été administrés (veuillez indiquer les coordonnées complètes) :

g. Veuillez décrire tous les futurs traitements prévus et leur durée estimée, ainsi que le nom des institutions qui les administreront (si ces renseignements sont connus) :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Demande d'indemnisation pour dommages résultant de lésions  
psychologiques :

\$ \_\_\_\_\_ **208**

#### **V. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans l'annexe 2B :

	<b>Police d'assurance A.</b>	<b>Police d'assurance B.</b>
h. Nature de la police d'assurance :		
i. Nom du titulaire de la police :		
j. Montant de la garantie :		
k. Numéro de la police :		
l. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		
m. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	_____ <b>\$ 209</b>	_____ <b>\$210</b>
n. Est-ce que d'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière	Montants reçus \$	Date des paiements	Date de remboursement, le cas échéant
<b>Total</b>	\$ _____ <b>211</b>		

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES\***

(ligne 208 moins lignes 209, 210 et 211)

(entrer ce montant à la ligne B de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ **212**

**\*SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR LÉSIONS PSYCHOLOGIQUES, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION MÉDICALE POUR CAUSE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE AUX PAGES SUIVANTES.**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION D'IDENTIFICATION****Identification du demandeur**

Nom de famille: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse résidentielle:

--

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexe:  Femme  Homme**Identification du représentant du demandeur**

À remplir SEULEMENT si vous présentez une demande d'indemnisation à titre de représentant du demandeur.

« Représentant du demandeur » désigne le représentant légal d'un demandeur, que ce soit un mineur ou une personne frappée d'une incapacité juridique. Vous DEVEZ fournir une preuve que vous avez le pouvoir d'agir comme représentant d'un demandeur souffrant de stress post-traumatique.

Je présente une demande d'indemnisation au nom d'un demandeur souffrant de stress post-traumatique qui est :

- un mineur (une personne âgée de moins de 18 ans)
- une personne frappée d'une incapacité juridique

**Je fais cette déclaration en croyant que le contenu est véridique.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Date

**Coordonnées et déclaration du médecin / fournisseur de soins**

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse résidentielle:

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Spécialité médicale / titre professionnel : \_\_\_\_\_

**Je déclare solennellement, sous peine de parjure, avoir diagnostiqué chez le demandeur \_\_\_\_\_ (identifié plus précisément à la section 1 du présent formulaire de demande d'indemnisation) un stress post-traumatique, un trouble dépressif ou un trouble anxieux causé par l'accident ferroviaire survenu le \_\_\_\_\_ 20\_\_ à \_\_\_\_\_, et/ou que le demandeur a reçu des soins médicaux ou cliniques pour des problèmes de santé mentale causés par cet accident ferroviaire.**

\_\_\_\_\_  
**Signature du médecin / fournisseur de soins**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Coordonnées au représentant légal du demandeur**

1. Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Nom de l'avocat :

\_\_\_\_\_

b) Nom du cabinet d'avocats :

\_\_\_\_\_

c) Adresse :

\_\_\_\_\_

d) Ville (province ou État), code postal ou zip :

\_\_\_\_\_

e) Adresse de courriel :

\_\_\_\_\_

f) Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

2. Fournissez les renseignements relatifs à toute poursuite que vous avez intentée en raison de l'accident ferroviaire :

a. Nom des parties:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. No du dossier de l'action civile :

\_\_\_\_\_



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

c. Juridiction:

\_\_\_\_\_

d. District judiciaire :

\_\_\_\_\_

(Veuillez joindre une copie des procédures)

e. Si l'affaire a été réglée :

- Date à laquelle le jugement a été rendu ou l'affaire a été réglée :

\_\_\_\_\_

- Montants payés :

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 3 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES MORAUX

### I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

1. Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Sexe :  Femme  Homme

4. Adresse résidentielle (au moment de déraillement) :

5. Location au moment de déraillement :

6. Numéro de sécurité sociale, si disponible : \_\_\_\_\_

7. Veuillez indiquer votre situation au moment de l'accident ferroviaire:

Employé

Si vous étiez employé au moment de l'incident lié à cette réclamation, avez-vous reçu ou êtes-vous en train de recevoir une forme d'indemnisation des accidents du travail de votre employeur, d'un organisme gouvernemental ou d'une autre source ?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires ci-dessous :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- Employé mais n'exerçant pas de fonctions normales (congé non payé, invalidité de courte ou de longue durée, etc.)
- Travailleur autonome
- Sans emploi et prestataire d'assurance-emploi
- Sans emploi
- Retraité
- Étudiant ou diplômé récent
- Aidant naturel

**II. REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DÉRANGEMENTS ET INCONVÉNIENTS**

1. Veuillez indiquer quelles situations s'appliquent à vous :

- Obligé de prendre un détour pour me rendre au travail, à l'école ou à la garderie
- Perte d'accès aux entreprises, aux commerces, aux restaurants, aux services locaux, etc.
- Bruit et autres inconconvénients causés par les travaux de nettoyage
- Pertes d'effets personnels n'ayant aucune valeur monétaire (par ex., photos, souvenirs, etc.)
- Autre (veuillez fournir une description)

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DÉRANGEMENTS ET INCONVÉNIENTS**

(inscrivez \_\_\_\_\_ \$ si vous avez coché l'une ou l'autre des situations ci-dessus)

\$ \_\_\_\_\_ 301

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**III. REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'INDEMNISATION POUR UNE ÉVACUATION OU UNE IMPOSSIBILITÉ D'HABITER DANS VOTRE RÉSIDENCE**

1. Évacuation temporaire

Indiquez le nombre de jours durant lesquels vous n'étiez pas autorisé à accéder à votre **résidence principale** en raison de restrictions imposées par le gouvernement ou les services d'urgences : \_\_\_\_\_ jours.

2. Évacuation permanente

Si vous êtes empêché de manière permanente de vivre dans votre **résidence principale** en raison de restrictions imposées par le gouvernement ou les services d'urgences, veuillez expliquer pourquoi et joindre toute preuve documentaire à l'appui de vos explications :

3. Autre évacuation

Nombre de jours durant lesquels vous n'avez pas pu vivre dans votre résidence (en plus du nombre de jours où vous avez dû évacuer votre résidence) à cause d'un manque de services publics, de moyens d'accès défectueux ou pour d'autres raisons. Veuillez indiquer le nombre de jours : \_\_\_\_\_. Expliquez pourquoi vous ne pouviez pas retourner dans votre **résidence principale** :

4. Veuillez fournir le nom de toutes les personnes habitant à la même adresse résidentielle :

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR ÉVACUATION OU IMPOSSIBILITÉ D'HABITER DANS VOTRE RÉSIDENCE**

(inscrivez \_\_\_\_\_ \$ par jour, multiplié par \_\_\_\_\_ jours d'évacuation, jusqu'à un maximum de 100 jours)

\$ \_\_\_\_\_ 302

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**IV. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans cette annexe :

	Police d'assurance A.	Police d'assurance B.
a. Nature de la police d'assurance :		
b. Nom du titulaire de la police :		
c. Montant de la garantie :		
d. Numéro de la police :		
e. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		
f. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	_____ \$ 303	_____ \$304
g. Est-ce que d'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière	Montants reçus \$	Date des paiements	Date de remboursement, le cas échéant
<b>Total</b>	<b>\$_____305</b>		

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES MORAUX**  
 (additionnez les lignes 301 et 302 et soustraire les lignes 303, 304 et 305)  
 (inscrivez ce montant à la ligne C de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ 302

- Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Nom de l'avocat :

\_\_\_\_\_

b) Nom du cabinet d'avocats :

\_\_\_\_\_

c) Adresse :

\_\_\_\_\_

d) Ville (province ou État), code postal ou zip :

\_\_\_\_\_

e) Adresse de courriel :

\_\_\_\_\_

f) Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

2. Fournissez les renseignements relatifs à toute poursuite que vous avez intentée en raison de l'accident ferroviaire :

f. Nom des parties:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

g. No du dossier de l'action civile :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

---

h. Juridiction:

---

i. District judiciaire :

---

(Veuillez joindre une copie des procédures)

j. Si l'affaire a été réglée :

- Date à laquelle le jugement a été rendu ou l'affaire a été réglée :

---

- Montants payés :

---

## **ANNEXE 4 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR PERTES FINANCIÈRES OU DOMMAGES AUX BIENS SUBIS PAR UN PARTICULIER**

Dans le cas d'une demande d'indemnisation relative à un accident ferroviaire impliquant du pétrole brut, les dommages aux biens peuvent inclure les dommages aux biens immobiliers et aux biens personnels. Les dommages aux biens peuvent inclure les dommages aux immeubles résidentiels, y compris les dommages à votre domicile, à l'aménagement paysager et à d'autres installations, les dommages aux biens commerciaux, ainsi que les dommages à vos biens personnels, tels qu'un véhicule ou d'autres effets personnels appartenant au demandeur.

### **I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

1. Nom du demandeur

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **II. INSTRUCTIONS**

1. Si vous réclamez des dommages à un bien immobilier (maison ou terrain) vous appartenant, remplissez la section III (si vous êtes un locataire, vous ne pouvez faire une demande d'indemnisation que pour perte de biens personnels);
2. Si vous réclamez des dommages à des biens personnels (meubles, vêtements, véhicule et autres biens personnels), remplissez la section IV;
3. Si vous réclamez des dommages pour perte de revenu d'emploi (à cause d'une perte d'emploi temporaire ou permanente), remplissez la section V;
4. Si vous réclamez des dommages pour perte de revenu tiré d'un bien locatif, remplissez la section VI.

*(Veillez donner des renseignements complets au sujet des dommages matériels aux biens appartenant au demandeur résultant de l'accident ferroviaire. Veuillez fournir les documents justificatifs, y compris les factures, les preuves de paiement, les photos, les évaluations et les estimations. Veuillez annexer des pages ou des documents supplémentaires, au besoin, pour fournir une description complète.)*



**III. DOMMAGES À UN BIEN IMMOBILIER APPARTENANT AU DEMANDEUR**

1. Veuillez indiquer votre pourcentage de droit de propriété sur le bien immobilier : \_\_\_\_\_ %. Si le bien immobilier ne vous appartient pas entièrement, veuillez en indiquer les autres propriétaires (ajoutez des lignes au besoin) :

<u>Nom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Pourcentage de droit de propriété</u>

2. Veuillez indiquer si le bien immobilier est :

Complètement détruit

Partiellement endommagé. S'il est partiellement endommagé, veuillez fournir une estimation du pourcentage d'endommagement : \_\_\_\_\_ %.

3. Veuillez préciser si le bien immobilier était votre :

Résidence principale (vous devez posséder entièrement ou conjointement la résidence principale, laquelle doit être habitée par vous, votre conjoint ou conjoint de fait, votre ancien conjoint ou conjoint de fait, ou un enfant). Une résidence principale peut être une maison, un appartement ou une unité dans un duplex ou un immeuble d'habitation, un condominium, une maison à deux étages, une maison mobile, une caravane, une caravane flottante, un intérêt à bail dans une unité d'habitation ou une part du capital social d'une coopérative d'habitation.

Résidence secondaire

4. Veuillez fournir tous les détails sur la manière dont le bien immobilier a été complètement détruit ou partiellement endommagé :

--

5. Veuillez fournir l'adresse du bien immobilier (qui a subi des dommages matériels) en raison de l'accident ferroviaire :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

--

6. La valeur de ma part du bien immobilier détruit ou endommagé (avant toute considération d'une quelconque indemnisation reçue) en raison de l'accident ferroviaire se détaille comme suit :

- |  |           |                         |
|--|-----------|-------------------------|
| a. Terre   | \$        | _____ <b>401</b>        |
| b. Bâtiment  | \$        | _____ <b>402</b>        |
| c. Autres bâtiments ou biens immeubles (décrivez) (par exemple, remises, aménagements paysagers) |           |                         |
| _____  | \$        | _____ <b>403</b>        |
| _____  | \$        | _____ <b>404</b>        |
| _____  | \$        | _____ <b>405</b>        |
| <b>Total pour les autres bâtiments ou biens immeubles<br/>(additionnez les lignes 401 à 405)</b> |           |                         |
|  | <b>\$</b> | <b>_____ <b>406</b></b> |

d. Veuillez décrire la manière dont vous avez calculé les dommages et joindre les documents applicables parmi les suivants :

--

- Évaluation par l'assureur
- Rapport d'expert
- Évaluation municipale
- Estimations écrites des réparations
- Autre (veuillez préciser)

--

7. Le terrain a-t-il été contaminé?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez fournir des copies des rapports de consultation ou d'expert en environnement, des diagrammes, des images, des communications, des recommandations en pièce jointe à votre réclamation.

8. Si vous avez répondu « Oui » à la question 7, le terrain a-t-il été décontaminé ou le sera-t-il?

Oui  Non

9. Si vous avez répondu « Oui » à la question 7, veuillez fournir les renseignements suivants :

a. Coût de la décontamination  
(veuillez fournir les documents à l'appui)

\$ \_\_\_\_\_ **407**

b. Coût prévu de la décontamination future  
(veuillez expliquer la manière de calculer ce coût et fournir tout devis reçu)

\$ \_\_\_\_\_ **408**

**Coût total prévu de la décontamination**  
(additionnez les lignes 407 et 408)

\$ \_\_\_\_\_ **409**

**Total de la demande d'indemnisation pour dommages à un bien immobilier appartenant au demandeur**  
(additionnez les lignes 406 et 409)

\$ \_\_\_\_\_ **410**

**IV. DOMMAGES À DES BIENS PERSONNELS APPARTENANT AU DEMANDEUR**

1. Veuillez indiquer votre pourcentage de droit de propriété sur les biens personnels : \_\_\_\_\_ %. Si les biens personnels ne vous appartiennent pas entièrement, veuillez en indiquer les autres propriétaires (ajoutez des lignes au besoin) :

Nom	
Adresse	
Pourcentage de droit de propriété	

2. Veuillez indiquer si les biens personnels ont été :

- Complètement détruits
- Partiellement endommagés. S'ils ont été partiellement endommagés, veuillez fournir une estimation du pourcentage d'endommagement : \_\_\_\_\_ %.

3. Veuillez fournir tous les détails sur la manière dont les biens personnels ont été complètement détruits ou partiellement endommagés :

4. Veuillez fournir l'adresse du lieu où se trouvaient vos biens (qui ont subi des dommages matériels) en raison de l'accident ferroviaire :

5. Veuillez décrire la manière dont vous avez calculé les dommages et joindre les documents applicables parmi les suivants :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- Évaluation par l'assureur
- Rapport d'expert
- Estimations écrites des réparations
- Autre (veuillez préciser) :

6. La valeur de mes biens personnels détruits ou endommagés (avant toute considération d'une quelconque indemnisation reçue) en raison de l'accident ferroviaire est décrite sommairement ci-dessous (veuillez fournir une liste détaillée, y compris des photos si vous en avez, de tous les biens pour lesquels vous demandez une indemnisation) :

a. Mobilier	\$ _____	<b>411</b>
b. Automobiles	\$ _____	<b>412</b>
c. Bijoux	\$ _____	<b>413</b>
d. Équipement électronique	\$ _____	<b>414</b>
e. Appareils ménagers	\$ _____	<b>415</b>
f. Vêtements	\$ _____	<b>416</b>
g. Ordinateurs	\$ _____	<b>417</b>
h. Déplacement/entreposage	\$ _____	<b>418</b>
i. Biens immatériels (non physiques) (p. ex., photos ou données numériques)	\$ _____	<b>419</b>
j. Autres (veuillez fournir une description)		
_____	\$ _____	<b>420</b>
_____	\$ _____	<b>421</b>
_____	\$ _____	<b>422</b>

**Total (additionnez les lignes 411 à 422)** \$ \_\_\_\_\_ **423**

1. Si vous étiez locataire d'un bien (c.-à-d. qu'il vous était loué) pour lequel il y a eu perte de jouissance, avez-vous :

a. payé un loyer durant la période de perte de jouissance?

r Oui  Non.

Si oui, combien? \$ \_\_\_\_\_ **424**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- b. reçu une indemnité du propriétaire, ou vous a-t-il fait bénéficiaire d'une réduction de loyer, d'un crédit ou d'une autre forme de compensation pour la perte de jouissance du bien?

Oui  Non.

Si oui, combien?

\$( \_\_\_\_\_ )425

**Total (ligne 424 moins ligne 425)**

**\$ \_\_\_\_\_ 426**

**Total de la demande d'indemnisation pour dommages à des biens personnels appartenant au demandeur (additionnez les lignes 423 et 426)**

\$ \_\_\_\_\_ 427

### **DOMMAGES POUR PERTE DE REVENU D'EMPLOI**

*(Donnez des renseignements complets au sujet de la perte de revenus résultant de l'accident ferroviaire. Veuillez fournir les talons de paie et les registres de paie de l'employé et toute autre documentation pertinente. Veuillez annexer des pages ou des documents supplémentaires, au besoin, pour fournir une description complète.)*

- a. Décrivez, au mieux de vos connaissances, les raisons de la perte ou de l'interruption de l'emploi ayant conduit à votre perte de revenu (p. ex. destruction de votre bien ou de celui de votre employeur par un incendie ou une autre cause, contamination de votre bien ou de celui de votre employeur, accès au bien restreint par les autorités, ou interruption du transport ferroviaire) :

- b. Veuillez décrire votre formation, vos études (en cours ou terminées), vos grades, vos diplômes, vos certifications, vos appartenances à des ordres professionnels ou à toute autre association professionnelle :

- c. Quelle était votre situation au moment de l'accident ferroviaire :

Employé à temps plein

Employé à temps partiel (veuillez indiquer le nombre d'heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_)

Travailleur autonome

- S'il y a lieu, veuillez décrire votre emploi, le poste que vous occupiez, votre métier, ou votre travail au moment de l'accident ferroviaire :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- S'il y a lieu, veuillez indiquer le nom de votre employeur au moment de l'accident ferroviaire :

\_\_\_\_\_

- S'il y a lieu, veuillez préciser depuis combien de temps vous occupiez cet emploi au moment de l'accident ferroviaire :

\_\_\_\_\_

- S'il y a lieu, veuillez indiquer votre revenu brut et net, toutes sources de revenus confondues, au moment de l'accident ferroviaire :

a) Hebdomadaire: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_

b) Annuel: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_

- Veuillez décrire (de façon générale) votre expérience de travail :

- Veuillez décrire, de manière précise, votre emploi, les postes que vous avez occupés ou votre travail au cours des trois (3) années précédant l'accident ferroviaire :

- Veuillez indiquer le revenu annuel brut tiré de tous les emplois occupés au cours des trois (3) années civiles précédant l'accident ferroviaire (selon votre déclaration de revenus – fournissez les copies et les évaluations) :

a) 20\_\_\_\_ Brut: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

b) 20\_\_\_\_ Brut: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

c) 20\_\_\_\_ Brut: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- Avez-vous reçu une compensation monétaire en lien avec votre perte d'emploi, de travail ou de source de revenus en raison de l'accident ferroviaire?  Oui  Non
- Si oui, veuillez indiquer le montant de la compensation monétaire : \_\_\_\_\_ \$
- Quelle est la source de la compensation monétaire, le cas échéant?

- Avez-vous trouvé un nouvel emploi, un nouveau travail ou une nouvelle source de revenus depuis? Si oui, veuillez fournir le nom de votre nouvel employeur : \_\_\_\_\_, et indiquer si vous travaillez :  
 à temps plein  
 à temps partiel
- Avez-vous bénéficié de l'assurance emploi? Si oui, veuillez indiquer le montant reçu : \_\_\_\_\_ \$
- Veuillez indiquer votre revenu brut et net, toutes sources de revenus confondues, au moment de la demande d'indemnisation :  
 a) Hebdomadaire: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_  
 b) Annuel: Brut: \$ \_\_\_\_\_ Net:\$ \_\_\_\_\_

**Calcul de la perte de revenu d'emploi**

Salaire hebdomadaire brut au moment de la demande d'indemnisation	(A) \$ _____
Multiplié par le nombre de semaines (maximum de ____ semaines)	(B) _____ weeks
<b>Sous-total (A fois B):</b>	\$ _____
Moins l'assurance emploi reçue	\$( _____ )

**Total des dommages réclamés pour perte de revenu d'emploi**  
 \$ \_\_\_\_\_ 428



**V. DOMMAGES POUR PERTE DE REVENU DE LOCATION**

*(Remplissez cette section uniquement si vous réclamez des dommages pour perte d'usage de bien locatif.)*

*(Donnez des renseignements complets au sujet de la demande d'indemnisation pour la perte d'usage d'un bien résultant de l'accident ferroviaire. Veuillez fournir la documentation pertinente, les titres de propriété ou des droits d'utilisation (p. ex. les baux) du bien de même que les factures, les preuves de paiement, les évaluations et les estimations des frais supplémentaires prévus. Veuillez annexer des pages ou des documents supplémentaires, au besoin, pour fournir une description complète.)*

1. Veuillez indiquer votre pourcentage de droit de propriété sur le bien locatif : \_\_\_\_\_ %. Si le bien locatif ne vous appartient pas entièrement, veuillez en indiquer les autres propriétaires (ajoutez des lignes au besoin) :

Nom	
Adresse	
Pourcentage de droit de propriété	

2. Adresse du bien locatif (qui a subi des dommages matériels) au moment de l'accident ferroviaire (en cas de biens locatifs multiples, fournissez l'adresse de chacun) :

a. Rue : \_\_\_\_\_

b. Ville : \_\_\_\_\_

c. Code postal : \_\_\_\_\_

3. Veuillez indiquer si le bien locatif a été :

Complètement détruit

Partiellement endommagé. S'il a été partiellement endommagé, veuillez fournir une estimation du pourcentage d'endommagement : \_\_\_\_\_ %.

4. Veuillez fournir tous les détails sur la manière dont le bien locatif a été complètement détruit ou partiellement endommagé :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

5. S'il y a lieu, à quelle date avez-vous complètement perdu l'usage du bien? (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

6. S'il y a lieu, à quelle date avez-vous partiellement perdu l'usage du bien? (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

7. S'il y a lieu, à quelle date avez-vous retrouvé l'usage du bien? (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

- a. Si vous n'avez pas encore retrouvé l'usage du bien à ce jour, veuillez indiquer la date à laquelle vous prévoyez en retrouver l'usage : (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

- b. Si la perte d'usage du bien n'a été que partielle, veuillez décrire, au mieux de vos connaissances, dans quelle mesure l'usage du bien a été perdu, durant quelles périodes il a été perdu et quel était l'usage restant possible durant ces périodes. (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

- c. Veuillez décrire les raisons ou les événements ayant conduit à la perte d'usage complète ou partielle de votre bien (p. ex. dommages ou destruction par un incendie ou une autre cause,

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

contamination du bien, accès au bien restreint par les autorités) : (Dans le cas de plusieurs biens, veuillez fournir les détails de chacun) :

--

La perte prévue de revenu de location est calculée comme suit :

a. Revenu de location mensuel (fournissez une copie du bail signé)	\$ _____ <b>429</b>
b. Frais de location mensuels (fournissez les détails, y compris la documentation à l'appui)	\$ _____ <b>430</b>
c. Revenu de location net ( <b>429</b> moins <b>430</b> )	\$ _____ <b>431</b>
d. Nombre de mois perdus (maximum de ____ mois) : _____ <b>432</b>	
<b>Total du revenu de location perdu (431 fois 432)</b>	<b>\$ _____ 433</b>

### Sommaire

A) **Total de la demande d'indemnisation pour dommages à un bien immobilier appartenant au demandeur (montant de la ligne 410)**

\$ \_\_\_\_\_

B) **Total de la demande d'indemnisation pour dommages à des biens personnels appartenant au demandeur (montant de la ligne 427)**

\$ \_\_\_\_\_

C) **Total des dommages réclamés pour perte de revenu d'emploi (montant de la ligne 428)**

\$ \_\_\_\_\_

D) **Total des dommages réclamés pour perte de revenu de location (montant de la ligne 433)**

\$ \_\_\_\_\_

**VII. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans cette annexe :

	Police d'assurance A.	Police d'assurance B.
a. Nature de la police d'assurance :		
b. Nom du titulaire de la police :		
c. Montant de la garantie :		
d. Numéro de la police :		
e. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		
f. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	_____ \$ 434	_____ \$ 435
g. Est-ce que d'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière	Montants reçus \$	Date des paiements	Date de remboursement, le cas échéant
<b>Total</b>	<b>\$ _____ 436</b>		

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES  
ÉCONOMIQUES OU MATÉRIELS SUBIS PAR UN PARTICULIER**

(additionner les lignes 410, 427, 428 et 433 et soustraire les lignes 434, 435 et 436)  
(inscrivez ce montant à la ligne D de la page 2 du formulaire de preuve de demande  
d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ 437

3. Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :

a. Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_

b. Nom du cabinet d'avocats : \_\_\_\_\_

c. Adresse : \_\_\_\_\_

d. Ville (province ou État), code postal ou zip : \_\_\_\_\_

e. Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

f. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

4. Fournissez les renseignements relatifs à toute poursuite que vous avez intentée en raison de  
l'accident ferroviaire:

a. Noms des parties :

b. No du dossier de l'action civile :

\_\_\_\_\_

c. Juridiction:

\_\_\_\_\_

d. District judiciaire :

\_\_\_\_\_

(Veuillez joindre une copie des procédures)

e. Si l'affaire a été réglée :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- Date à laquelle le jugement a été rendu ou l'affaire a été réglée :

\_\_\_\_\_

- Montants payés :

\_\_\_\_\_

## **ANNEXE 5 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR PERTES FINANCIÈRES OU DOMMAGES AUX BIENS SUBIS PAR UNE ENTREPRISE**

Dans le cas d'une demande d'indemnisation relative à un accident ferroviaire impliquant du pétrole brut, les dommages aux biens peuvent inclure les dommages aux biens immobiliers et aux biens personnels. Les dommages aux biens peuvent inclure les dommages aux immeubles résidentiels, y compris les dommages à votre domicile, à l'aménagement paysager et à d'autres installations, les dommages aux biens commerciaux, ainsi que les dommages à vos biens personnels, tels qu'un véhicule ou d'autres effets personnels appartenant au demandeur.

### **I. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

Nom du demandeur :

\_\_\_\_\_

Le demandeur est un/une :

- Société
- Société de personnes
- Travailleur autonome
- Coopérative
- Courtier immobilier
- Organisme sans but lucratif
- Entreprise agricole

Si le demandeur a des numéros d'inscription à la TPS ou TVH et à la TVP ou TVQ, veuillez les indiquer :

Numéro de TPS/TVH : \_\_\_\_\_

Numéro de TVP/TVQ (si au Québec) : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire la nature de l'entreprise :

Veuillez fournir le nom et l'adresse de l'établissement :

**II. INSTRUCTIONS**

- a. Si vous réclamez des dommages matériels à des biens appartenant à l'entreprise, y compris des frais de réinstallation et de mise en œuvre de mesures d'urgence, veuillez remplir la section III.
- b. Si vous réclamez des dommages pour interruption temporaire des activités résultant de la perte d'usage de biens appartenant à l'entreprise, veuillez remplir la section IV.

**III. DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES MATÉRIELS À DES BIENS**

*(Veuillez remplir cette section seulement si vous réclamez des dommages matériels aux biens de l'entreprise.)*

*(Donnez des renseignements complets au sujet des dommages résultant de l'accident ferroviaire. Veuillez fournir les états financiers audités, non audités ou internes des trois (3) derniers exercices précédant l'accident ferroviaire ainsi que les résultats financiers depuis l'accident ferroviaire, les factures de réparations ou de construction et toute autre documentation pertinente relative aux dommages matériels, notamment le montant et la description de l'opération donnant lieu à la demande d'indemnisation. Veuillez annexer des pages ou des documents supplémentaires, au besoin, pour fournir une description complète.)*

**Si vos biens ont été complètement détruits et que vous faites une demande d'indemnisation pour perte complète de l'entreprise, une évaluation indépendante de ladite entreprise sera nécessaire.**

1. Veuillez fournir tous les détails sur la manière dont le bien a été détruit ou endommagé :

2. Veuillez fournir l'adresse du lieu où se trouvaient les biens du demandeur (qui ont subi des dommages matériels) au moment de l'accident ferroviaire :

3. La valeur des biens du demandeur qui ont été détruits en raison de l'accident ferroviaire et qui ne seront pas remplacés est répartie comme suit :

- a. Biens immeubles (p. ex. bâtiments, remises, aménagements paysagers) \$ \_\_\_\_\_ **501**



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- |   |          |            |
|---|----------|------------|
| b. S'il y a lieu, biens meubles matériels (physiques) à usage professionnel (p. ex. équipement, stocks) | \$ _____ | <b>502</b> |
| c. Biens immatériels (p. ex. données, liste de clients)   | \$ _____ | <b>503</b> |
| d. Autres (veuillez fournir une description)  |          |            |
| _____   | \$ _____ | <b>504</b> |
| _____   | \$ _____ | <b>505</b> |
| _____   | \$ _____ | <b>506</b> |

**Valeur totale des biens détruits qui ne seront pas remplacés (additionnez les lignes 501 à 506)**

\$ \_\_\_\_\_ **507**

4. Le demandeur a déjà engagé les frais suivants pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens endommagés ou détruits en raison de l'accident ferroviaire (sauf les frais de décontamination et de restauration de l'environnement) qui se répartissent comme suit :

- |  |          |            |
|--|----------|------------|
| a. Biens immeubles (p. ex. bâtiments, remises, aménagements paysagers)                   | \$ _____ | <b>508</b> |
| b. Biens meubles matériels (physiques) à usage professionnel (p. ex. équipement, stocks) | \$ _____ | <b>509</b> |
| c. Biens immatériels (p. ex. données, liste de clients)                                  | \$ _____ | <b>510</b> |
| d. Autres (veuillez fournir une description)   |          |            |

- |       |          |            |
|-------|----------|------------|
| _____ | \$ _____ | <b>511</b> |
| _____ | \$ _____ | <b>512</b> |
| _____ | \$ _____ | <b>513</b> |

**Total des frais déjà engagés pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens du demandeur (additionnez les lignes 508 à 513)**

\$ \_\_\_\_\_ **514**

5. Le demandeur devra engager des frais supplémentaires pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens endommagés ou détruits en raison de l'accident ferroviaire (sauf les frais de décontamination et de restauration de l'environnement) qui se répartissent comme suit :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

- |  |          |            |
|--|----------|------------|
| a. Biens immeubles (p. ex. bâtiments, remises, aménagements paysagers)                   | \$ _____ | <b>515</b> |
| b. Biens meubles matériels (physiques) à usage professionnel (p. ex. équipement, stocks) | \$ _____ | <b>516</b> |
| c. Biens immatériels (p. ex. données, liste de clients)                                  | \$ _____ | <b>517</b> |
| d. Autres (veuillez fournir une description)   |          |            |
| _____  | \$ _____ | <b>518</b> |
| _____  | \$ _____ | <b>519</b> |
| _____  | \$ _____ | <b>520</b> |

**Total des frais prévus à engager pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens du demandeur**

**(additionnez les lignes 515 à 520)**

**\$ \_\_\_\_\_ 521**

6. Le demandeur a déjà engagé des frais pour la décontamination et la remise en état de ses biens, répartis comme suit (si les renseignements sont disponibles) :

- |   |          |            |
|---|----------|------------|
| a. Décontamination des sols et des eaux souterraines                            | \$ _____ | <b>522</b> |
| b. Décontamination des biens immeubles (sauf les sols et les eaux souterraines) | \$ _____ | <b>523</b> |
| c. Décontamination des biens meubles (p. ex. mobilier, équipement)              | \$ _____ | <b>524</b> |
| d. Honoraires des experts-conseils en environnement                             | \$ _____ | <b>525</b> |
| e. Autres (veuillez fournir une description)                                    |          |            |
| _____   | \$ _____ | <b>526</b> |
| _____   | \$ _____ | <b>527</b> |
| _____   | \$ _____ | <b>528</b> |

**Total des frais déjà engagés pour la décontamination et la remise en état des biens du demandeur**

**(additionnez les lignes 522 à 528)**

**\$ \_\_\_\_\_ 529**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

7. Le demandeur devra engager des frais supplémentaires pour la décontamination et la remise en état de ses biens, répartis comme suit (si les renseignements sont disponibles) :

a. Décontamination des sols et des eaux souterraines	\$ _____	<b>530</b>
b. Décontamination des biens immeubles (sauf les sols et les eaux souterraines)	\$ _____	<b>531</b>
c. Décontamination des biens meubles (p. ex. mobilier, équipement)	\$ _____	<b>532</b>
d. Honoraires des experts-conseils en environnement	\$ _____	<b>533</b>
e. Autres (veuillez fournir une description)		
_____	\$ _____	<b>534</b>
_____	\$ _____	<b>535</b>
_____	\$ _____	<b>536</b>

**Total des frais prévus à engager pour la décontamination et la remise en état des biens du demandeur**

(additionnez les lignes 530 à 536)

\$ \_\_\_\_\_ **537**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**Sommaire**

A) Valeur totale des biens qui ont été détruits et qui ne seront pas remplacés (montant de la ligne 507)

\$ \_\_\_\_\_

B) Total des frais déjà engagés pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens du demandeur (montant de la ligne 514)

\$ \_\_\_\_\_

C) Total des frais prévus à engager pour réparer ou remplacer en totalité ou en partie les biens du demandeur (montant de la ligne 521)

\$ \_\_\_\_\_

D) Total des frais déjà engagés pour la décontamination et la remise en état des biens du demandeur (montant de la ligne 529)

\$ \_\_\_\_\_

E) Total des frais prévus à engager pour la décontamination et la remise en état des biens du demandeur (montant de la ligne 537)

\$ \_\_\_\_\_

Total de la demande d'indemnisation pour dommages matériels à des biens

\$ \_\_\_\_\_ **538**

**IV. DOMMAGES RÉSULTANT DE LA PERTE D'USAGE TEMPORAIRE DE BIENS DÉTENUS OU UTILISÉS PAR LE DEMANDEUR À DES FINS COMMERCIALES (Y COMPRIS LES DOMMAGES POUR INTERRUPTION DES ACTIVITÉS)**

(Donnez des renseignements complets au sujet des dommages résultant de la perte d'usage de biens détenus par le demandeur ou pour lesquels le demandeur possède un droit d'utilisation (p. ex. un bail) à des fins commerciales (y compris les pertes liées à l'interruption des activités) résultant de l'accident ferroviaire. Veuillez fournir la documentation pertinente, y compris les états financiers audités, non audités ou internes des trois (3) derniers exercices précédant l'accident ferroviaire ainsi que les résultats financiers depuis l'accident ferroviaire, les titres de propriété ou les droits d'utilisation (p. ex. les baux) des biens, de même que les factures, les preuves de paiement, les évaluations et les estimations. Veuillez annexer des pages ou des documents supplémentaires, au besoin, pour fournir une description complète.)

1. Veuillez fournir les renseignements suivants au sujet des périodes d'interruption des activités :

a. Date d'interruption complète ou partielle des activités (JJ-MM-AAAA) :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

b. Date de reprise complète ou partielle des activités  
(s'il y a lieu) (JJ-MM-AAAA) :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Veuillez décrire les raisons ayant conduit à la perte d'usage complète ou partielle des biens par l'entreprise pendant lesdites périodes (p. ex. destruction causée par un incendie, contamination du bien, accès au bien restreint par les autorités ou interruption du trafic ferroviaire)

3. Veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de l'entreprise :

Fin de l'exercice	Chiffre d'affaires annuel	Revenus nets annuels (avant impôt)
20____	\$	\$
20____	\$	\$
20____	\$	\$
20____	\$	\$

4. Chiffre d'affaires annuel et revenus nets annuels durant la même période d'interruption des activités au cours des trois (3) années précédant l'accident ferroviaire :

Fin de l'exercice	Performance passée	Période d'interruption des activités
20__	Ventes	\$
	Revenus nets	\$
20__	Ventes	\$
	Revenus nets	\$
20__	Ventes	\$
	Revenus nets	\$
20__	Ventes	\$
	Revenus nets	\$

5. Veuillez décrire en détail le montant et le fondement des montants réclamés comme pertes liées à l'interruption des activités.

- Demande d'indemnisation pour pertes liées à l'interruption des activités, y compris les pertes futures prévues (veuillez donner une description) :

\$ \_\_\_\_\_ 539

---



---



---



---



---

6. Veuillez décrire en détail les frais supplémentaires engagés par le demandeur en raison de la perte d'usage de biens détenus ou utilisés par le demandeur à des fins commerciales. Les catégories suivantes sont données seulement à titre indicatif.

- Frais supplémentaires engagés et frais futurs prévus par le demandeur pour le déménagement des opérations en raison de la perte d'usage de biens immeubles (veuillez donner une description) :

\$ \_\_\_\_\_ 540

---



---

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Frais supplémentaires engagés et frais futurs prévus par le demandeur pour le déménagement et l'entreposage d'équipement ou de stocks en raison de la perte d'usage de biens immeubles (veuillez donner une description) :

\$ \_\_\_\_\_ 541

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Frais engagés par le demandeur pour des indemnités versées aux employés qui ont été temporairement ou définitivement mis à pied en raison de la perte d'usage de biens (sauf les prestations accumulées et les cessations d'emploi à juste titre) :

\$ \_\_\_\_\_ 542

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Autres frais engagés ou dommages subis par le demandeur en raison de la perte d'usage de biens (veuillez donner une description) :

\$ \_\_\_\_\_ 543

**Total des dommages résultant des pertes liées à une interruption temporaire des activités et de la perte d'usage de biens détenus ou utilisés par le demandeur à des fins commerciales  
(additionnez les lignes 539 à 543)**

\$ \_\_\_\_\_ 544

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

**V. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

1. Veuillez fournir tous les détails relatifs à toute police d'assurance qui était en vigueur au moment de l'accident ferroviaire et qui offre une protection pour les demandes d'indemnisation faites dans cette annexe :

	Police d'assurance A.	Police d'assurance B.
a. Nature de la police d'assurance :		
b. Nom du titulaire de la police :		
c. Montant de la garantie :		
d. Numéro de la police :		
e. Nom et coordonnées de la compagnie d'assurance :		
f. Un paiement a-t-il été reçu? Si oui, quel était le montant de ce paiement?	_____ \$ 545	_____ \$546
g. Est-ce que d'autres réclamations d'assurance ont été faites ou sont prévues?		

2. Le demandeur a-t-il reçu des paiements ou de l'aide financière de la part de toute province, du gouvernement du Canada ou d'une municipalité, personne ou organisme quelconque (p. ex., un organisme de bienfaisance) en raison de l'accident ferroviaire? Si c'est le cas, veuillez indiquer les renseignements suivants :



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Nom du gouvernement, du ministère, de la municipalité, de la personne ou de l'organisme ayant fourni l'aide financière	Montants reçus \$	Date des paiements	Date de remboursement, le cas échéant
<b>Total</b>	\$ _____ 547		

3. Si un avocat représente le demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :

a. Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_

b. Nom du cabinet d'avocats : \_\_\_\_\_

c. Adresse : \_\_\_\_\_

d. Ville (province ou État), code postal ou zip : \_\_\_\_\_

e. Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

f. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

4. Fournissez les renseignements relatifs à toute poursuite que vous avez intentée en raison de l'accident ferroviaire:

a. Noms des parties :

b. No du dossier de l'action civile :

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Juridiction:

\_\_\_\_\_

d. District judiciaire :

\_\_\_\_\_

(Veuillez joindre une copie des procédures)

e. Si l'affaire a été réglée :

- Date à laquelle le jugement a été rendu ou l'affaire a été réglée :

\_\_\_\_\_

- Montants payés :

\_\_\_\_\_

## Sommaire

**Total de la demande d'indemnisation pour dommages matériels  
à des biens (montant de la ligne 538)**

\$ \_\_\_\_\_

**Total des dommages résultant des pertes liées à une interruption  
temporaire des activités et de la perte d'usage de biens  
ou utilisés par le demandeur à des fins commerciales (montant de la ligne 544)**

\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES  
ÉCONOMIQUES OU MATÉRIELS SUBIS PAR UNE ENTREPRISE**

(additionner les lignes 538 et 544 et soustraire les lignes 545, 546 et 547)

(inscrivez ce montant à la ligne E de la page 2 du formulaire de Preuve de demande  
d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ **548**

## **ANNEXE 6 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES SUBIS PAR UN ASSUREUR SUBROGÉ**

1. Nom du demandeur (compagnie d'assurance) :

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

2. Adresse résidentielle:

3. Cette demande d'indemnisation est faite à la suite de l'accident ferroviaire survenu le (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |  |          |            |
|--|----------|------------|
| 4. Montant des indemnités versées et à verser au titre de polices d'assurance de biens (montant de la page 2) :              | \$ _____ | <b>601</b> |
| 5. Montant des indemnités versées et à verser au titre de polices d'assurance responsabilité civile (montant de la page 3) : | \$ _____ | <b>602</b> |
| 6. Montant des prestations versées et à verser au titre de polices d'assurance vie (montant de la page 4) :                  | \$ _____ | <b>603</b> |
| 7. Montant des prestations versées et à verser au titre de polices d'assurance invalidité (montant de la page 5) :           | \$ _____ | <b>604</b> |
| 8. Montants des prestations versées et à verser au titre de toutes autres polices d'assurance (montant de la page 6) :       | \$ _____ | <b>605</b> |

### **TOTAL DES DOMMAGES SUBIS PAR L'ASSUREUR SUBROGÉ**

**(additionnez les lignes 601 à 605)**

**(inscrivez le montant à la ligne F de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)**

\$ \_\_\_\_\_ **606**

*(Veuillez fournir des précisions sur toutes les prestations et indemnités versées à la suite de l'accident ferroviaire, y compris le nom de l'assuré, son adresse, le type d'assurance, le numéro de police, les montants versés ainsi que la garantie au titre de laquelle le montant de la prestation ou indemnité est versé – utilisez des pages supplémentaires au besoin.) De plus, veuillez inclure une copie de toute réclamation qui vous a été présentée et de tout chèque émis relativement à une réclamation approuvée.) Si un paiement a été fait par voie électronique, veuillez fournir une preuve du paiement électronique au moyen d'une photo imprimée, d'une saisie d'écran imprimée, etc.)*

9. Veuillez fournir tous les détails concernant toute indemnité d'assurance versée aux titulaires de police en raison de l'accident ferroviaire au titre de polices d'assurance de biens :

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

10. D'autres réclamations d'assurance sont-elles en cours de traitement au titre de polices d'assurance de biens? Si oui, veuillez dresser la liste des réclamations en cours et fournir le montant des paiements qui seront versés ultérieurement, ou une estimation si le montant n'a pas encore été déterminé.

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

**Total des paiements et des estimations des réclamations d'assurance de biens à être payées**      \$ \_\_\_\_\_ **601**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

11. Veuillez fournir tous les détails concernant toute indemnité d'assurance versée aux titulaires de police en raison de l'accident ferroviaire au titre de polices d'assurance responsabilité civile :

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

12. D'autres réclamations d'assurance sont-elles en cours de traitement au titre de polices d'assurance responsabilité civile? Si oui, veuillez dresser la liste des réclamations en cours et fournir le montant des paiements qui seront versés ultérieurement, ou une estimation si le montant n'a pas encore été déterminé.

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

14. Veuillez fournir tous les détails concernant toute prestation d'assurance versée aux titulaires de police en raison de l'accident ferroviaire au titre de polices d'assurance vie :

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

15. D'autres réclamations d'assurance sont-elles en cours de traitement au titre de polices d'assurance vie? Si oui, veuillez dresser la liste des réclamations en cours et fournir le montant des paiements qui seront versés ultérieurement, ou une estimation si le montant n'a pas encore été déterminé.

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

Total des paiements et des estimations des réclamations d'assurance vie à être payées \$ \_\_\_\_\_ 603

16. Veuillez fournir tous les détails concernant toute prestation d'assurance versée aux titulaires de police en raison de l'accident ferroviaire au titre de polices d'assurance invalidité :

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

17. D'autres réclamations d'assurance sont-elles en cours de traitement au titre de polices d'assurance invalidité? Si oui, veuillez dresser la liste des réclamations en cours et fournir le montant des paiements qui seront versés ultérieurement, ou une estimation si le montant n'a pas encore été déterminé.

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

**Total des paiements et des estimations des réclamations d'assurance responsabilité invalidité à être payées**

\$ \_\_\_\_\_ **604**

18. Veuillez fournir tous les détails concernant toute prestation d'assurance versée aux titulaires de police en raison de l'accident ferroviaire au titre d'autres polices d'assurance :

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

19. D'autres réclamations d'assurance sont-elles en cours de traitement au titre d'autres polices d'assurance? Si oui, veuillez dresser la liste des réclamations en cours et fournir le montant des paiements qui seront versés ultérieurement, ou une estimation si le montant n'a pas encore été déterminé.

Nom du (des) titulaire(s) de la police	Catégorie de risque et dates relatives aux garanties	Montant de l'assurance	Numéro de la police	Nom du bénéficiaire et description de la prestation versée	Montant du paiement (\$)	Dépréciation du bien
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						



À usage interne

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

(5)						
-----	--	--	--	--	--	--

**Total des paiements et des estimations des réclamations au titre d'autres polices d'assurance à être payées**

**\$ \_\_\_\_\_ 605**

# **ANNEXE 7 – DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES SUBIS PAR UN GOUVERNEMENT OU UNE MUNICIPALITÉ**

Nom du ministère, de l'organisme gouvernemental ou de la municipalité :

Cette demande d'indemnisation est faite à la suite de l'accident ferroviaire survenu le (JJ-MM-AAA) :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Veillez décrire la nature de la demande d'indemnisation :

**A. Demandes d'indemnisation pour conditions, dommages, dettes ou obligations liés à l'environnement**

- i. Montant total déboursé pour la réparation de conditions ou de dommages liés à l'environnement : \$ \_\_\_\_\_ 701

*(Veillez fournir tous les détails relatifs aux paiements effectués jusqu'à ce jour, y compris une description des travaux de nettoyage, ainsi que des études environnementales et des tests effectués, et fournir les factures connexes.)*

- ii. Estimation du montant total restant à débourser pour la réparation de conditions ou de dommages liés à l'environnement : \$ \_\_\_\_\_ 702

*(Veillez fournir des détails sur l'estimation des coûts de nettoyage et de tout autre coût restant à payer.)*

- iii. Autres dettes ou obligations liées à l'environnement, le cas échéant (veuillez fournir une description) : \$ \_\_\_\_\_ 703

**Montant total des demandes d'indemnisation pour conditions, dommages, dettes et obligations liés à l'environnement (additionnez les lignes 701 à 703)** \$ \_\_\_\_\_ 704

À usage interne

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

 **B. Paiements versés aux résidants, aux victimes ou aux entreprises**

- i. Montant total des paiements versés aux résidants/aux victimes de la ville/province de \_\_\_\_\_ ou d'ailleurs : \$ \_\_\_\_\_ **705**

*(Veuillez fournir une liste détaillée des paiements versés aux résidants/aux victimes de \_\_\_\_\_, en indiquant la nature du paiement, le nom de la personne, son adresse et le montant versé à chaque personne.)*

- ii. Estimation du montant total des paiements à verser ultérieurement aux résidants ou aux victimes de \_\_\_\_\_ ou d'ailleurs \$ \_\_\_\_\_ **706**

*(Veuillez fournir des détails sur les paiements qui seront versés ultérieurement, le cas échéant, aux citoyens de \_\_\_\_\_.)*

**Montant total des paiements versés ou à verser ultérieurement (selon les estimations) aux résidants/aux victimes : (additionnez les lignes 705 et 706)**

\$ \_\_\_\_\_ **707**

 **C. Montant total des paiements versés aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations ayant apporté de l'aide et de l'assistance**

- i. Montant total des paiements versés aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations \$ \_\_\_\_\_ **708**

*(Veuillez fournir une liste détaillée des paiements versés aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations, en indiquant la nature du paiement, le nom de l'entreprise ou de l'organisation, son adresse et le montant versé à chaque entreprise ou organisation.)*

- ii. Estimation du montant total des paiements à verser ultérieurement aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations : \$ \_\_\_\_\_ **709**

*(Veuillez fournir des détails sur les paiements qui seront versés ultérieurement, le cas échéant, aux*

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

*entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations.)*

**Montant total des paiements versés ou à verser ultérieurement (selon les estimations) aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations (additionnez les lignes 708 et 709)**

\$ \_\_\_\_\_ 710

**D. Demandes d'indemnisation pour coûts liés à la reconstruction, aux infrastructures, aux dommages causés aux biens, etc., le cas échéant**

- i. Montant total des paiements effectués jusqu'à ce jour :

\$ \_\_\_\_\_ 711

*(Veuillez fournir tous les renseignements sur la nature des dommages subis et décrire les biens ou les infrastructures, leur emplacement, et les montants engagés jusqu'à ce jour, documents justificatifs à l'appui.)*

- ii. Estimation du montant total des paiements à effectuer ultérieurement :

\$ \_\_\_\_\_ 712

*(Veuillez fournir des détails sur les paiements à effectuer ultérieurement, le cas échéant.)*

**Montant total des demandes d'indemnisation pour coûts liés à la reconstruction, aux infrastructures, aux dommages causés aux biens, etc. (additionnez les lignes 711 et 712)**

\$ \_\_\_\_\_ 713

**E. Demandes d'indemnisation pour tout autre dommage, le cas échéant**

- i. Demande d'indemnisation pour remplacement de bâtiment (y compris pour coût d'achat d'un nouveau terrain)

\$ \_\_\_\_\_ 714

- ii. Demande d'indemnisation pour honoraires

\$ \_\_\_\_\_ 715

- iii. Demande d'indemnisation pour perte de recettes fiscales

\$ \_\_\_\_\_ 716

- iv. Sites de reconstruction et de développement

\$ \_\_\_\_\_ 717

**Montant total des demandes d'indemnisation pour tout autre dommage, le cas**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

échéant :

\$ \_\_\_\_\_ 718

(additionnez les lignes 714 à 717)

### Summary

- A) Montant total des demandes d'indemnisation pour conditions, dommages, dettes et obligations liés à l'environnement (montant de la ligne 704)

\$ \_\_\_\_\_

- B) Montant total des paiements versés ou à verser ultérieurement (selon les estimations) aux résidents ou aux victimes (montant de la ligne 707)

\$ \_\_\_\_\_

- C) Montant total des paiements versés ou à verser ultérieurement (selon les estimations) aux entreprises, aux municipalités, aux services de sécurité incendie ou à d'autres organisations (montant de la ligne 710)

\$ \_\_\_\_\_

- D) Montant total des demandes d'indemnisation pour coûts liés à la reconstruction, aux infrastructures, aux dommages causés aux biens, etc. (montant de la ligne 713)

\$ \_\_\_\_\_

- E) Montant total des demandes d'indemnisation pour tout autre dommage, le cas échéant (montant de la ligne 718)

\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION POUR DOMMAGES SUBIS  
PAR UN GOUVERNEMENT OU UNE MUNICIPALITÉ**

(inscrire le montant à la ligne F de la page 2 du formulaire de preuve de demande d'indemnisation)

\$ \_\_\_\_\_ 719

## **ANNEXE 8 - DEMANDE D'INDEMNISATION POUR FRAIS DE NETTOYAGE**

Les frais de nettoyage peuvent inclure, mais non exclusivement, l'analyse, la surveillance, le nettoyage, l'enlèvement, le confinement, le traitement, la neutralisation, la détoxification ou l'évaluation des effets des polluants, ainsi que des mesures semblables prises pour prévenir d'autres dommages à l'environnement.

### **I. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

#### **1. Type de demandeur :**

Organisme d'intervention

Particulier  *(Cocher cette case seulement si vous réclamez des frais de nettoyage engagés pour une propriété que vous ne possédez pas. Si vous réclamez des frais de nettoyage pour une propriété que vous possédez, veuillez plutôt remplir l'annexe 4.)*

Entreprise  *(Cocher cette case seulement si vous réclamez des frais de nettoyage engagés pour une propriété que vous ne possédez pas. Si vous réclamez des frais de nettoyage pour une propriété que vous possédez, veuillez plutôt remplir l'annexe 5.)*

Gouvernement étranger ou municipalité  *(Cocher cette case seulement si vous êtes un gouvernement étranger ou une municipalité et que vous réclamez des frais de nettoyage engagés au Canada. Sinon, veuillez plutôt remplir l'annexe 7.)*

Organisme de bienfaisance / de défense  
de l'environnement

Autre , (préciser) : \_\_\_\_\_

#### **2. Renseignements sur la personne faisant la demande d'indemnisation :**

Nom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### **3. Renseignements sur l'organisme (s'il y a lieu) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de TPS/TVH : \_\_\_\_\_

Numéro de TVQ/TVP (si au Québec) : \_\_\_\_\_

Site Web : \_\_\_\_\_

4. Cette demande d'indemnisation se rapporte à l'accident ferroviaire survenu le :

(JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_

## II. DEMANDE D'INDEMNISATION POUR FRAIS DE NETTOYAGE

1. Personne ou autorité ayant déclenché l'intervention environnementale (s'il y a lieu) :

Nom : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

2. Qui est l'organisme responsable sur le lieu de l'incident?

Nom : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

3. Faire le récit des événements (p. ex, les circonstances ayant mené au déclenchement des opérations de nettoyage, les mesures prises pour nettoyer le déversement). Veuillez joindre des pages additionnelles et des documents, si nécessaire, pour donner une description complète (p. ex., brefs sur l'incident, plans d'action en réponse à l'incident, rapports de situation de l'incident, photos) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Les mesures d'intervention ont-elles été prises dans le cadre du SCI (Système de commandement d'intervention)?

Non

Oui

5. Description de l'événement

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Conditions météorologiques : \_\_\_\_\_

Température : \_\_\_\_\_

Marée, courant, vent, pluie : \_\_\_\_\_

Direction des hydrocarbures : \_\_\_\_\_

Secteur(s) touché(s) : \_\_\_\_\_



N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ampleur du déversement  
d'hydrocarbures :

Type d'hydrocarbures (*si connu*) (*si vous  
avez prélevé des échantillons, veuillez  
fournir un échantillon des hydrocarbures  
avec votre demande d'indemnisation*) :

Autres détails :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Description des opérations de nettoyage :**

Lieu(x) où les frais de nettoyage ont été  
engagés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de début (*des opérations*) :

Date de fin (*des opérations*) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Avez-vous réclamé/demandé ou reçu un paiement de toute autre partie (p. ex., province, ministère fédéral, municipalité, organisme de bienfaisance, compagnie de chemin de fer, compagnie d'assurance, autorité ayant déclenché l'intervention, autre personne ou organisme, ordonnance d'un tribunal)? Si oui, veuillez l'indiquer (joindre des pages additionnelles, si nécessaire) :**

**Nom de la partie**

Coordonnées de la personne-ressource :

Date de la réclamation/demande (s'il y a  
lieu) :

Intervention (p. ex., aucune action/  
intervention, refus, autre) (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date du paiement (s'il y a lieu)

Montant reçu (s'il y a lieu)

\$

801

\_\_\_\_\_

**Nom de la partie**

Coordonnées de la personne-ressource :

Date de la réclamation/demande (s'il y a  
lieu) :

Intervention (p. ex., aucune action/  
intervention, refus, autre) (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Date du paiement (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Montant reçu (s'il y a lieu) \$ 802

**Nom de la partie**

Coordonnées de la personne-ressource : \_\_\_\_\_

Date de la réclamation/demande (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Intervention (p. ex., aucune action/intervention, refus, autre) (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Date du paiement (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Montant reçu (s'il y a lieu) \$ 803

**Nom de la partie**

Coordonnées de la personne-ressource : \_\_\_\_\_

Date de la réclamation/demande (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Intervention (p. ex., aucune action/intervention, refus, autre) (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Date du paiement (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Montant reçu (s'il y a lieu) \$ 804

**Total (additionner les lignes 801 à 804):** \$ 805

**8. Si vous n'avez pas présenté cette demande d'indemnisation à la (aux) compagnie(s) de chemin de fer concernée(s) ou à son (leurs) assureur(s), leur avez-vous donné avis qu'ils doivent payer et que vous avez présenté la demande d'indemnisation à l'Administratrice?**

Non

Oui  (veuillez fournir les coordonnées de la personne-ressource de la (des) compagnie(s) de chemin de fer / des assureurs concernés : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. Le demandeur a déjà engagé les frais de nettoyage suivants (veuillez joindre toute preuve des frais engagés, comme les reçus de paiement) (prière de noter que les frais doivent se rapporter seulement au nettoyage de biens ou de l'environnement et aux mesures prises pour prévenir la pollution par les hydrocarbures à la suite d'un incident) :**

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Matériel et fournitures utilisés	\$	806
Véhicules, bateaux et autre équipement déployés	\$	807
Nettoyage des eaux ( <i>sauf les eaux souterraines</i> ) ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	808
Nettoyage des sols et des eaux souterraines ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	809
Nettoyage des biens immeubles ( <i>sauf les sols et les eaux souterraines</i> ) ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	810
Nettoyage des biens meubles ( <i>p. ex., mobilier, équipement</i> )	\$	811
Honoraire des consultants et experts en environnement	\$	812
Autres ( <i>décrire</i> ) ( <i>p. ex., autres contrats de services, autres mesures de lutte contre la pollution</i> )		
	\$	813
	\$	814
	\$	815
	\$	816
Total des frais de nettoyage <u>déjà engagés</u> ( <i>additionner les lignes 806 à 817</i> )	\$	817

**10. S'il y a lieu, avez-vous inclus les taxes dans vos calculs?**

Oui Non 

**11. Pour aider l'Administratrice à évaluer le caractère raisonnable des frais, veuillez expliquer pourquoi ces frais ont été engagés. Veuillez considérer le montant des frais par rapport à l'ampleur du déversement et à la probabilité de succès des mesures d'intervention.**

---



---



---



---



---



---

**12. Le demandeur devra engager les frais de nettoyage additionnels suivants (*veuillez noter que les frais doivent se rapporter seulement au nettoyage de biens ou de l'environnement et aux mesures prises pour prévenir la pollution par les hydrocarbures à la suite d'un incident*) :**

Matériel et fournitures	\$	818
Véhicules, bateaux et autre équipement	\$	819
Nettoyage des eaux ( <i>sauf les eaux souterraines</i> ) ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	820

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Nettoyage des sols et des eaux souterraines ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	821
Nettoyage des biens immeubles ( <i>sauf les sols et les eaux souterraines</i> ) ( <i>inclure les salaires, les heures supplémentaires, les frais de déplacement</i> )	\$	822
Nettoyage des biens meubles ( <i>p. ex., mobilier, équipement</i> )	\$	823
Honoraires des consultants et experts en environnement	\$	824
Autres ( <i>décrire</i> ) ( <i>p. ex, autres contrats de services, autres mesures de lutte contre la pollution</i> )	\$	825
	\$	826
	\$	827
	\$	828
Total des frais de nettoyage estimatifs à engager ( <i>additionner les lignes 818 à 828</i> )	\$	829

13. Pour aider l'Administratrice à évaluer le caractère raisonnable des frais à engager, veuillez expliquer pourquoi ces frais seront engagés. Veuillez considérer le montant des frais par rapport à l'ampleur du déversement et à la probabilité de succès des mesures d'intervention.

---



---



---



---



---



---

#### 14. Sommaire

Total des frais de nettoyage <u>déjà engagés</u> (ligne 817)	\$	
Total des frais de nettoyage <u>estimatifs à engager</u> (ligne 829)	\$	
<u>Soustraire l'aide totale</u> (ligne 805)	\$	
<b>Total de la demande d'indemnisation pour frais de nettoyage</b>	<b>\$</b>	<b>830</b>

#### 15. Signature de la personne faisant la demande d'indemnisation

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-haut sont exacts et complets et que tous les frais réclamés ont été engagés et sont admissibles dans le cadre de cette demande d'indemnisation. Je m'engage à informer immédiatement la CIAFIMD de tout nouveau renseignement concernant cette demande d'indemnisation. Je déclare également que cette demande d'indemnisation ne comprend aucune dépense qui a déjà été payée par une autre partie quelconque.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### III. AUTRES RENSEIGNEMENTS

1. Fournir les coordonnées de tout avocat représentant le demandeur :

Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet d'avocats : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville, province/État, code postal canadien  
ou américain : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

2. Fournir les détails de toute action en justice intentée par vous à la suite de l'accident ferroviaire :

Nom des parties : \_\_\_\_\_

N° de dossier de l'action civile : \_\_\_\_\_

Juridiction : \_\_\_\_\_

District judiciaire (joindre une copie des  
procédures) : \_\_\_\_\_

Si l'affaire a été réglée : \_\_\_\_\_

Date à laquelle le jugement a été rendu ou  
l'affaire a été réglée : \_\_\_\_\_

## APPENDICE A - FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

**Nom du demandeur**

Dénomination sociale ou nom complet : \_\_\_\_\_ (le  
« demandeur »)

**Adresse précédente du demandeur**

Adresse postale :

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Nouvelle adresse du demandeur**

Adresse postale :

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire de changement d'adresse sont exacts et complets.

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur)

\_\_\_\_\_  
(S'il s'agit d'une société, titre en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

## **APPENDICE B - CONTESTATION D'UNE DÉCISION**

### **RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

Dénomination sociale ou nom complet : \_\_\_\_\_

Adresse postale :

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de référence : \_\_\_\_\_ *(numéro qui vous a été fourni dans la lettre)*

### **INDIQUEZ LES RAISONS DE LA CONTESTATION**

*(Ajoutez des pages supplémentaires et de la documentation à l'appui au besoin)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



À usage interne

N° de dossier: \_\_\_\_\_

Date reçue: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur)

\_\_\_\_\_  
(S'il s'agit d'une société, titre en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

