

ACTION COLLECTIVE CONTRE AVIVA LIÉE À  
L'INTERRUPTION DES ACTIVITÉS À CAUSE DE LA COVID-19

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE PERTE**

Chaque membre du groupe est invité à soumettre une réclamation pour la couverture en vertu de sa police. Il est important de le faire parce que le délai de soumission d'une réclamation est en litige et que cela aidera également les parties à évaluer le nombre de demandes potentielles. Par conséquent, les plaignants encouragent fortement tous les membres du groupe à soumettre des réclamations dès que possible.

Veuillez remplir ce formulaire pour envoyer un avis de votre réclamation.

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE / LA PERSONNE-RESSOURCE**

1. Nom de l'entreprise assurée : \_\_\_\_\_
2. Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_
3. Adresse municipale : \_\_\_\_\_
4. Ville : \_\_\_\_\_
5. Province : \_\_\_\_\_
6. Code postal : \_\_\_\_\_
7. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_
8. Courriel : \_\_\_\_\_

**RÉCLAMATION D'ASSURANCE ET POLICE**

9. Numéro de police : \_\_\_\_\_
10. Votre entreprise a-t-elle soumis une réclamation auprès d'Aviva pour pertes causées par l'interruption d'activité?  
 Oui       Non  
A. Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir les détails de la réclamation :

---

---

---

11. Si votre entreprise n'a pas soumis de réclamation auprès d'Aviva, votre entreprise souhaite-t-elle maintenant soumettre une réclamation pour des pertes liées à l'interruption des activités subies?  
 Oui       Non  
A. Si vous avez répondu « Oui », veuillez décrire la nature de votre perte :

---

---

---

12. Votre perte était-elle attribuable à un ordre ou un avis qui restreignait l'accès à vos locaux?  
 Oui       Non  
A. Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir une copie de l'ordre ou de l'avis, si disponible. Veuillez envoyer une copie de l'ordre ou de l'avis à [info@AvivaClassAction.ca](mailto:info@AvivaClassAction.ca), en indiquant votre nom et le nom de votre entreprise.