

District de: Québec  
No. division: 1  
No. cour: 500-11-060868-227  
No. dossier: 41-2815081

**FORMULAIRE 68****Avis de la faillite, de la première assemblée des créanciers**

(paragraphe 102(1) de la Loi)

Dans l'affaire de la faillite de Summit Health Holdings inc.  
personne morale ayant fait affaire au 400 - 1055, côte du Beaver Hall dans la ville de Montréal, province du Québec,  
H2Z 1S5

 original modifiée

Avis est donné de ce qui suit :

1. Summit Health Holdings inc. a déposé une cession le 23<sup>ième</sup> jour de mars 2022, et le soussigné, Raymond Chabot Inc., a été nommé syndic de l'actif du failli par le séquestre officiel, sous réserve de la confirmation par les créanciers de sa nomination ou de la nomination par ceux-ci d'un syndic de remplacement.
2. La première assemblée des créanciers du failli sera tenue le 13<sup>ième</sup> jour d'avril 2022, à 16:00, à via vidéoconférence Teams. Si vous désirez joindre ladite vidéoconférence, veuillez nous en informer par courriel au : [reclamation-Claims@rcgt.com](mailto:reclamation-Claims@rcgt.com).
3. Pour avoir le droit de voter à l'assemblée, chaque créancier doit déposer à l'intention du syndic avant l'assemblée une preuve de réclamation et, au besoin, une procuration.
4. Sont joints au présent avis un formulaire de preuve de réclamation, un formulaire de procuration et une liste des créanciers dont les réclamations se chiffrent à 25 \$ ou plus ainsi que le montant de leurs réclamations.
5. Les créanciers doivent prouver leurs réclamations à l'égard de l'actif du failli pour avoir droit de partage dans la distribution des montants réalisés provenant de l'actif.

Daté le 24<sup>ième</sup> jour de mars 2022, à Laval, Québec.

---

Raymond Chabot Inc.

Syndic autorisé en insolvabilité

District de: Québec  
 No. division: 1  
 No. cour: 500-11-060868-227  
 No. dossier: 41-2815081

FORMULAIRE 78

**Bilan — faillite d'entreprise**

(paragraphe 49(2), alinéa 158d) de la Loi)

Dans l'affaire de la faillite de Summit Health Holdings inc.  
 personne morale ayant fait affaire au 400 - 1055, côte du Beaver Hall dans la ville de Montréal, province du Québec,  
 H2Z 1S5

Originale

Modifié

Au Failli:

Vous êtes tenu de remplir avec soin et exactitude ce formulaire et les annexes applicables indiquant la situation de vos affaires à la date de votre faillite le 22ième jour de mars 2022. Une fois rempli, ce formulaire et les listes annexées constituent votre bilan, qui doit être vérifié sous serment ou par une déclaration solennelle.

PASSIF (tel que déclaré et estimé par le Failli)		
1.	Créanciers non garantis: voir liste A	\$250,000.00
2.	Créanciers garantis : voir liste B	\$0.00
3.	Créanciers privilégiés : voir liste C	\$0.00
4.	Dettes éventuelles, réclamations de fiducie ou autres (voir liste D)	\$0.00
	pouvant être réclamées pour une somme de	\$0.00
<b>Total du passif</b>		<b>\$250,000.00</b>
<b>Surplus</b>		<b>\$0.00</b>

Je, Jacques Goulet, de Summit Health Holdings inc. de Montréal dans la province de Québec, étant dûment assermenté (ou ayant déclaré solennellement) déclare que le bilan qui suit et les listes annexées sont, au meilleur de ma connaissance, un relevé complet, véridique et entier de ses affaires en ce 22ième jour de mars 2022 et indiquent au complet tous ses biens de quelque nature qu'ils soient, en sa possession et réversibles, tels que définis par l'article 67 de la Loi.

ASSERMENTÉE (ou DÉCLARÉE  
 SOLENNELLEMENT)  
 devant moi à Laval  
 dans la province de Québec,  
 ce 22ième jour de mars 2022

Yannick Bourassa-Milot  
 194400  
 Commissaire à  
 l'assermentation  
 pour la province  
 de Québec

Signature du Failli

ACTIF (tel que déclaré et estimé par le Failli)		
1.	Inventaire	\$0.00
2.	Aménagements	\$0.00
3.	Comptes à recevoir et autres créances: voir liste E	
	Bonnes	\$0.00
	Douteuses	\$0.00
	Mauvaises	\$219,513.00
	Estimation des créances qui peuvent être réalisées	\$0.00
4.	Lettres de change, billets à ordre, etc. : voir liste F	\$0.00
5.	Dépôts en Institutions financières	\$0.00
6.	Espèces	\$0.00
7.	Bétail	\$0.00
8.	Machines, outillage et installation	\$0.00
9.	Immeubles et biens réels : voir liste G	\$0.00
10.	Ameublement	\$0.00
11.	REER, FERR, Assurances-vie etc	\$0.00
12.	Valeurs mobilières, (actions, obligations, débetures etc.)	\$0.00
13.	Droits en vertu de testaments	\$0.00
14.	Véhicules	\$0.00
15.	Autres biens : voir liste H	\$2.00
<i>Si le Failli est une personne morale, ajoutez:</i>		
	montant du capital souscrit	
	montant du capital payé	
	Solde souscrit et impayé	
	Estimation du solde qui peut être réalisé	
<b>Total de l'actif</b>		<b>\$2.00</b>
<b>Déficit</b>		<b>\$249,998.00</b>

Liste "A"  
**Créanciers non garantis**  
Summit Health Holdings inc.

No	Nom du créancier	Adresse	Montant de réclamation
1	9199-8955 Québec inc.	208-200 Rue Durand, Saint-Jérôme, Québec, Canada, J7Z 7E2	\$150,000.00
2	Agence du Revenu du Canada (QC)	4695, boul. de Shawinigan-Sud, Shawinigan, Québec, Canada, G9P 5H9	\$0.00
3	CNESST	1, Compl. Desjardins, Tour Sud, 31e étage, C.P. 3, Succ. Desjardins, Montréal, Québec, Canada, H5B 1H1	\$0.00
4	Ministère du Revenu du Québec (Mtl)	1600, René-Lévesque Ouest, 3e étage,, secteur R23CPF, Montréal, Québec, Canada, H3H 2V2	\$0.00
5	Ministère du revenu du Québec- Montréal, Quebec - Montréal, Québec	3e étage, secteur R23DGR, 1600, boul. René-Lévesque Ouest, Montréal, Québec, Canada, H3H 2V2	\$0.00
6	René Caissie Holdings inc.	550-555 boul. René-Lévesque O, Montréal, Québec, Canada, H2Z 1B1	\$100,000.00
<b>Total:</b>			<b>\$250,000.00</b>

Liste "B"  
**Créanciers garantis**  
Summit Health Holdings inc.

No	Nature de la réclamation Détails de la garantie	Date de la garantie	Montant de la réclamation	Évaluation de la garantie	Surplus estimatif de la garantie	Solde non- garanti de la réclamation
1	Agence du Revenu du Canada (QC) 4695, boul. de Shawinigan-Sud Shawinigan, Québec, G9P 5H9		\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
2	Ministère du Revenu du Québec (Mtl) 1600, René-Lévesque Ouest, 3e étage., secteur R23CPF Montréal, Québec, H3H 2V2		\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
		<b>Total:</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>

Liste "C"  
Créanciers privilégiés pour salaires, loyers, etc.  
Summit Health Holdings inc.

No	Nom du créancier Adresse et occupation	Nature de la réclamation	Période couverte par la réclamation	Montant de la réclamation	Montant payable intégralement	Solde à percevoir en dividendes
<b>Total:</b>						

Liste "D"  
Dettes éventuelles, réclamations de fiducie ou autres  
Summit Health Holdings inc.

No	Nom du créancier ou du réclamant, Adresse et occupation	Montant de la dette ou de la réclamation	Montant qui peut être réclamé en dividendes	Date où la dette a été contractée	Nature de la dette
<b>Total:</b>					

Liste "E"  
Créances payables à l'actif  
Summit Health Holdings inc.

No	Nom du débiteur, Adresse et occupation	Nature de la dette, Folio du grand livre ou autre livre portant détails, Détails des valeurs détenues en garantie pour le paiement de la créance	Bonne Douteuse Mauvaise	Date de créance	Évaluation du produit
1	Avances à Clinique du Voyageur du Grand Montréal inc. - entreprise insolvable 400-1055 Côte Du Beaver Hall Montréal, Québec, H2Z 1S5	Avances à Clinique du Voyageur du Grand Montréal inc. - entreprise insolvable Créances	\$0.00 \$0.00 \$118,014.00		\$0.00
2	Avances à Summit Travel Health (Toronto) inc. - entreprise insolvable 400-1055 Côte Du Beaver Hall Montréal, Québec, H2Z 1S5	Avances à Summit Travel Health (Toronto) inc. - entreprise insolvable Avances à Summit Travel Health (Toronto inc.)	\$0.00 \$0.00 \$101,499.00		\$0.00
<b>Total:</b>					<b>\$0.00</b>

Liste "F"

Lettres de change, billets à ordre, gages, hypothèques, charges, privilèges sur biens meubles, etc., disponibles comme actif

Summit Health Holdings inc.

No	Nom du prometteur, accepteur, endosseur, débiteur hypothécaire et garant, Adresse, Occupation	Montant de la lettre ou du billet à ordre, etc.	Date de l'échéance	Estimated to produce	Particular of any property held as security for payment of bill or note, etc.
<b>Total:</b>					



Liste "G"  
Immeubles et biens réels appartenant au Failli  
Summit Health Holdings inc.

No	Description de la propriété, Nature du droit du Failli, Qui en détient le titre	Valeur totale	Détails des hypothèques ou autre charges		Valeur de rachat ou surplus
			nom, adresse	montant	
<b>Total:</b>					

Liste "H"

Biens

Summit Health Holdings inc.

No	Nature des biens	Endroit où les biens sont situés, Détails des biens	Coût initial	Estimation des biens qui peuvent être réalisés
1	Autres biens	Actions (100%) de l'entreprise Clinique du Voyageur du Grand Montréal inc. - entreprise insolvable 400-1055 Côte Du Beaver Hall, Montréal, Québec, Canada, H2Z 1S5	\$0.00	\$1.00
2	Autres biens	Actions (100%) de l'entreprise Summit travel Health (Toronto) inc. - entreprise insolvable 400-1055 Côte Du Beaver Hall, Montréal, Québec, Canada, H2Z 1S5	\$0.00	\$0.00
<b>Total:</b>			<b>\$0.00</b>	<b>\$1.00</b>

\_\_\_\_\_

Failli

\_\_\_\_\_

22ième jour de mars 2022

Date

Si la réception est par voie électronique, l'original signé du formulaire est conservé par le syndic / l'administrateur du dossier



**AVIS À TOUS LES CRÉANCIERS/NOTICE TO CREDITORS  
ENVOI DE PREUVE DE RÉCLAMATION/TRANSMISSION OF PROOF OF CLAIM**

**Nous vous encourageons à nous transmettre votre preuve de réclamation par courriel.  
We strongly encourage you to send your proof of claim by email.**

\*\*\*\*\*NOTE IMPORTANTE\*\*\*\*\*

**DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19, LES PROFESSIONNELS DU DOMAINE DE L'INSOLVABILITÉ, EN COLLABORATION AVEC LE BUREAU DU SURINTENDANT DES FAILLITES, ONT DÉCIDÉ DE METTRE EN PLACE DES MESURES PRÉVENTIVES AFIN DE RÉDUIRE LES CONTACTS DIRECTS ENTRE PERSONNES. POUR SE CONFORMER À L'INSTRUCTION DU SURINTENDANT, LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE DES CRÉANCIERS VALIDERA L'IDENTITÉ DES CRÉANCIERS PARTICIPANTS. LES CRÉANCIERS DEVRONT S'ASSURER D'AVOIR TRANSMIS LEURS RÉCLAMATIONS AVANT L'OUVERTURE DE L'ASSEMBLÉE.**

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU PRÉOCCUPATIONS, N'HÉSITÉS PAS À COMMUNIQUER AVEC NOUS.**

\*\*\*\*\*IMPORTANT NOTICE\*\*\*\*\*

**DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC, INSOLVENCY PROFESSIONALS, IN ASSOCIATION WITH THE OFFICE OF THE SUPERINTENDENT OF BANKRUPTCIES, HAVE DECIDED TO IMPLEMENT PREVENTIVE MEASURES TO REDUCE DIRECT CONTACT BETWEEN INDIVIDUALS. IN ORDER TO COMPLY WITH THE SUPERINTENDENT'S INSTRUCTIONS, THE CHAIR OF THE MEETING OF CREDITORS WILL VALIDATE THE IDENTITY OF PARTICIPATING CREDITORS. CREDITORS MUST ENSURE THEY HAVE SUBMITTED THEIR CLAIMS BEFORE THE START OF THE MEETING.**

**IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR CONCERNS, DO NOT HESITATE TO CONTACT US.**

\*\*\*\*\*

Merci,  
Thank you,

RAYMOND CHABOT INC.  
Syndic autorisé en insolvabilité/Licensed Insolvency Trustee

Dossier n° :

### Preuve de réclamation

(articles 50.1, 81.5 et 81.6, paragraphes 65.2(4), 81.2(1), 81.3(8), 81.4(8), 102(2), 124(2) et 128(1) et alinéas 51(1)e) et 66.14b) de la Loi)

Dans l'affaire de la faillite (ou de la proposition, ou de l'avis d'intention, ou le séquestre) de :

*Summit Health Holdings inc. (41-2815081)*

Expédier tout avis ou toute correspondance concernant la présente réclamation à l'adresse suivante

Créancier : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

#### Je certifie ce qui suit:

1. Je suis le créancier du débiteur susnommé (ou je suis \_\_\_\_\_ (préciser le poste ou la fonction), de \_\_\_\_\_ (nom du créancier ou du représentant du créancier).
2. Je suis au courant de toutes les circonstances entourant la réclamation visée par le présent formulaire.
3. Le débiteur était, à la date de la faillite (ou à la date de la mise sous séquestre ou, s'il s'agit d'une proposition, à la date du dépôt de l'avis d'intention ou, à défaut, de la proposition), soit le 23<sup>ième</sup> jour de mars 2022, endetté envers le créancier et l'est toujours, pour la somme de \_\_\_\_\_ \$, comme l'indique l'état de compte (ou l'affidavit) ci-annexé et désigné comme l'annexe A, après déduction du montant de toute créance compensatoire à laquelle le débiteur a droit. (L'état de compte ou l'affidavit annexé doit faire mention des pièces justificatives ou de toute autre preuve à l'appui de la réclamation.)
4. Cochez la catégorie qui s'applique et remplissez les parties requises

**Réclamation non garantie au montant de \_\_\_\_\_ \$** (autre qu'une réclamation d'un client visée par l'article 262 de la Loi)

En ce qui concerne cette créance, je ne détiens aucun avoir du débiteur à titre de garantie et :

Pour le montant de \_\_\_\_\_ \$, je ne revendique aucun droit à un rang prioritaire.

Pour le montant de \_\_\_\_\_ \$, je revendique le droit à un rang prioritaire en vertu de l'article 136 de la Loi.  
(Indiquez sur une feuille annexée les renseignements à l'appui de la réclamation prioritaire)

**Réclamation du locateur suite à la résiliation d'un bail, au montant de \_\_\_\_\_ \$**

J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 65.2(4) de la Loi, dont les détails sont mentionnés ci-après: (Donnez tous les détails de la réclamation, y compris les calculs s'y rapportant)

**Réclamation garantie au montant de \_\_\_\_\_ \$**

En ce qui concerne la créance susmentionnée, je détiens des avoirs du débiteur à titre de garantie, dont la valeur estimative s'élève à \_\_\_\_\_ \$ et dont les détails sont mentionnés ci-après:

(Donnez des renseignements complets au sujet de la garantie, y compris la date à laquelle elle a été donnée et la valeur que

vous lui attribuez, et annexe une copie des documents relatifs à la garantie.)

- Réclamation d'un agriculteur, d'un pêcheur ou d'un aquiculteur au montant de \_\_\_\_\_ \$**  
J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 81.2(1) de la Loi pour la somme impayée de \_\_\_\_\_ \$  
(Veuillez joindre une copie de l'acte de vente et des reçus de livraison.)
- Réclamation d'un salarié au montant de \_\_\_\_\_ \$**  
 J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 81.3(8) de la Loi au montant de \_\_\_\_\_ \$.  
 J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 81.4(8) de la Loi au montant de \_\_\_\_\_ \$.
- Réclamation d'un employé relative au régime de pension au montant de \_\_\_\_\_ \$**  
 J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 81.5 de la Loi au montant de \_\_\_\_\_ \$.  
 J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 81.6 de la Loi au montant de \_\_\_\_\_ \$.
- Réclamation contre les administrateurs au montant de \_\_\_\_\_ \$** (À compléter lorsque la proposition vise une transaction quant à une réclamation contre les administrateurs.)  
J'ai une réclamation en vertu du paragraphe 50(13) de la Loi, dont les détails sont mentionnés ci-après:  
(Donnez tous les détails de la réclamation, y compris les calculs s'y rapportant)
- Réclamation d'un client d'un courtier en valeurs mobilières failli au montant de \_\_\_\_\_ \$**  
J'ai une réclamation en tant que client en conformité avec l'article 262 de la Loi pour des capitaux nets, dont les détails sont mentionnés ci-après:  
(Donnez tous les détails de la réclamation, y compris les calculs s'y rapportant.)
5. Au meilleur de ma connaissance,  **je suis lié** (ou le créancier susnommé est lié) ou  **je ne suis pas lié** (ou le créancier susnommé n'est pas lié) au débiteur selon l'article 4 de la Loi, et j'ai (ou le créancier susnommé a) (ou je n'ai pas ou le créancier susnommé n'a pas) un lien de dépendance avec le débiteur.
6. Les montants suivants constituent les paiements que j'ai reçus du débiteur, les crédits que j'ai attribués à celui-ci et les opérations sous-évaluées selon le paragraphe 2(1) de la Loi auxquelles j'ai contribué ou été partie intéressée au cours des trois mois (ou, si le créancier et le débiteur sont des « personnes liées » au sens du paragraphe 4(2) de la Loi ou ont un lien de dépendance, au cours des douze mois) précédant immédiatement l'ouverture de la faillite, telle que définie au paragraphe 2(1) de la Loi : (Donnez les détails des paiements, des crédits et des opérations sous-évaluées.)
7. (Applicable seulement dans le cas de la faillite d'un particulier.)  
 Lorsque le syndic doit réexaminer la situation financière du failli pour déterminer si celui-ci est tenu de verser les paiements prévus à l'article 68 de la LFI, je demande que l'on m'avise, conformément au paragraphe 68(4) de la Loi, du nouveau montant que le failli est tenu de verser à l'actif de la faillite ou du fait que le failli n'a plus de revenu excédentaire.  
 Je demande qu'une copie du rapport dûment rempli par le syndic quant à la demande de libération du failli, en conformité avec le paragraphe 170(1) de la Loi, me soit expédiée à l'adresse susmentionnée.

Daté à \_\_\_\_\_ (ville) cette \_\_\_\_\_ (journée) de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année)

\_\_\_\_\_  
Signature de Créancier ou un Officier Autorisé

\_\_\_\_\_  
Témoin

Note: Si un affidavit est joint au présent formulaire, s'il doit avoir été fait devant une personne autorisée à recevoir des affidavits.

Avertissements: Le syndic peut, en vertu du paragraphe 128(3) de la Loi, racheter une garantie sur paiement au créancier garanti de la créance ou de la valeur de la garantie telle qu'elle a été fixée par le créancier garanti dans la preuve de garantie. Le paragraphe 201(1) de la Loi prévoit l'imposition de peines sévères en cas de présentation de réclamations, de preuves, de déclarations ou d'états de compte qui sont faux.

# FORMULAIRE DE PROCURATION

(paragraphe 102(2) et alinéas 51(1)e) et 66.15(3)b) de la Loi

Dans l'affaire de la faillite (ou de la proposition, ou de l'avis d'intention, ou le séquestre) de Summit Health Holdings inc. (débiteur)

Je, \_\_\_\_\_ (nom de créancier ou un officier autorisé), de \_\_\_\_\_ (ville), créancier dans l'affaire susmentionnée, nomme \_\_\_\_\_ (nom de la personne nommée), de \_\_\_\_\_, mon fondé de pouvoir à tous égards dans l'affaire susmentionnée, sauf la réception de dividendes, celui-ci étant habilité à nommer un autre fondé de pouvoir à sa place (ou n'étant pas habilité à nommer un autre fondé de pouvoir à sa place).

Date le \_\_\_\_\_ (jour) de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année), dans la ville de \_\_\_\_\_ (ville), dans la province de \_\_\_\_\_ (province).

\_\_\_\_\_  
Témoïn

\_\_\_\_\_  
Créancier (personne physique)

\_\_\_\_\_  
Créancier (personne morale)

\_\_\_\_\_  
Témoïn

Par

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du signataire autorisé

## Procuration

La Loi sur la faillite et l'insolvabilité autorise qu'une preuve de réclamation soit préparée par l'agent dument autorisé d'un créancier, sans pour autant que ce dernier ait droit de vote à la première assemblée des créanciers ni qu'il ait le droit d'agir à titre de fondé de pouvoir des créanciers.

### Générale

- Un créancier peut voter en personne ou par procuration;
- Un débiteur ne peut voter par procuration à aucune assemblée de ses créanciers;
- Le syndic peut être nommé fondé de pouvoir de tout créancier;
- À l'assemblée des créanciers, une société peut voter par l'intermédiaire d'un agent dument autorisé;
- Pour qu'une personne dument autorisée ait le droit de voter, elle doit elle-même être créancière ou détenir une procuration en règle. Le nom du créancier doit paraître sur la procuration.

## Avis de contrôle pour les Preuves de Réclamations

Cette liste de vérification est fournie pour vous aider à préparer la Preuve de Réclamation (formulaire 31) ci-jointe et, au besoin, la procuration (formulaire 36). Veuillez vérifier chacun des points mentionnés. Chaque créancier doit prouver sa réclamation, faute de quoi il n'a pas droit de partage dans la distribution qui peut être opérée.

### Générale

- La signature d'un Témoïn est exigée.
- La réclamation doit être signée personnellement par l'individu qui complète la déclaration.
- Inscrivez l'adresse complète pour expédier tout avis ou toute correspondance concernant la présente réclamation.
- Le montant sur le relevé de compte doit correspondre au montant indiqué sur la preuve de réclamation.

### Paragraphe (1) de la Preuve de Réclamation

- Le créancier doit fournir la raison sociale complète de la société ou de l'entreprise.
- Si l'individu qui complète la preuve de réclamation n'est pas le créancier lui-même, il doit inscrire sa position ou son titre.

### Paragraphe (3) de la Preuve de Réclamation

- Un relevé détaillé du compte doit être joint à la Preuve de Réclamation en incluant la date, le numéro et le montant de toutes les factures et tous les frais, incluant également la date, le numéro et le montant de tous les paiements ou crédits. Un relevé de compte n'est pas complet s'il commence avec un solde d'ouverture.

### Paragraphe (4) de la Preuve de Réclamation

- Le créancier non garanti prioritaire doit spécifier la nature particulière de sa créance qui lui donne droit à une priorité ainsi que le calcul détaillé de celle-ci.
- Le créancier garanti doit indiquer sur une feuille annexée le détail de chaque garantie, sa valeur estimative et la date ou elle a été accordée ou autres détails à l'appui de sa réclamation, et joindre les documents relatifs à la garantie.
- Concernant une réclamation suite à une réalisation de bail ou contre un courtier en valeur mobilière, le créancier doit fournir tous les détails de sa créance, y compris les calculs s'y rapportant.

### Paragraphe (5) de la Preuve de Réclamation

- En vertu de la définition de l'article 4 de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité, tous les demandeurs doivent indiquer s'ils sont liés ou non liés avec le débiteur, en cochant la phrase appropriée.

### Paragraphe (6) de la Preuve de Réclamation

- Tous demandeurs doivent inclure une liste des paiements ou crédits reçus ou attribués comme suit:
- Au cours des trois mois précédant la faillite ou la proposition, si le créancier et le débiteur ne sont pas des « personnes liées »;
- Au cours des douze mois précédant la faillite ou la proposition, si le créancier et le débiteur sont des « personnes liées ».

FORMULAIRE 1.1

Identification générale de l'expéditeur pour copies de tous formulaires prescrits  
envoyés au(x) créancier(s) par voie électronique

Daté le 24<sup>ième</sup> jour de mars 2022,  
à Laval, Québec.

Personne responsable (expéditeur) :	Yannick Bourassa-Milot -
(Syndic / administrateur/ séquestre intérimaire / séquestre : veuillez préciser)	<hr/> Syndic autorisé en insolvabilité
Dénomination sociale (le cas échéant) :	<hr/> Raymond Chabot Inc.
Adresse :	<hr/> 4805, Blvd Lapinière, bureau 3300, Brossard, Québec, J4Z 0G2
Téléphone :	<hr/> (855)724-2268 #
Télécopieur :	<hr/> (450)910-1229 #
Courriel :	<hr/> Reclamation-Claims@rcgt.com

AVIS

Veillez prendre note que la personne susmentionnée est tenue de conserver la copie originale signée du  
présent document dans les dossiers officiels de la présente procédure.