

Les candidatures doivent être  
reçues en ligne ou envoyées  
par la poste au plus tard le  
12 juin 2026 à 23h 59 HAE, le  
cachet de la poste faisant foi

**TRIBUNAL DE DISTRICT DES  
ÉTATS-UNIS  
DISTRICT SUD DE NEW YORK**

*Doe c. Bank of America, N.A.,*

Affaire n° 1 : 25-cv-8520-JSR

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL ET DÉCHARGE**

**INSTRUCTIONS GÉNÉRALES**

Pour participer au règlement du recours collectif (le " Règlement ") basé sur vos réclamations dans l'action intitulée *Jane Doe v. Bank of America, N.A., Case No. 1:25-cv-8520-JSR* (le " Litige "), vous (ou votre avocat, en votre nom) devez remplir le Questionnaire confidentiel et la Décharge<sup>1</sup> (" Questionnaire et Décharge ") inclus dans ce document et le soumettre conformément aux instructions ci-dessous. Vous (ou votre conseil, en votre nom) devez envoyer par la poste ou télécharger en ligne votre questionnaire et votre décharge dûment remplis et signés au plus tard à **23h 59 HAE le 12 juin 2026**. Si vous ne soumettez pas le questionnaire et la décharge dans les délais impartis, votre réclamation sera rejetée et vous ne recevrez aucune indemnisation du Fonds de règlement net créé dans le cadre du Règlement.

Vous pouvez soumettre votre questionnaire et votre décharge dans la langue de votre choix. L'Administrateur du Fonds dispose de versions anglaise, française et russe de ce formulaire qui peuvent être consultées sur le site [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com).

Même si cela peut s'avérer difficile, veuillez lire attentivement l'ensemble de ce formulaire, y compris les instructions générales, afin de bien comprendre vos droits légaux. **Les informations que vous fournissez dans ce questionnaire et cette décharge resteront strictement confidentielles** et ne seront en aucun cas communiquées à un tiers demandeur, y compris au cours de la procédure de communication de pièces dans le cadre d'un autre litige, sans le consentement écrit exprès du demandeur participant, à moins que le tribunal ne l'ordonne expressément. Votre identité sera traitée de manière confidentielle par **L'administrateur du Fonds. Le site web dédié aux réclamations sur lequel vous avez la possibilité d'accéder et de soumettre votre questionnaire et votre décharge a été créé spécifiquement pour cette procédure de réclamations et est hautement sécurisé.**

Étant donné la nature difficile des abus en question, la lecture et la réponse aux questions de ce formulaire pourraient susciter des pensées et des sentiments désagréables ; veuillez donc faire des pauses et demander de l'aide si nécessaire. L'administrateur du Fonds a pris soin de préparer ce formulaire et s'est efforcé d'être sensible aux problèmes soulevés dans les questions.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le questionnaire et la décharge, les avocats du Recours sont à votre disposition gratuitement. Vous pouvez contacter l'équipe de Sigrid McCawley chez Boies Schiller Flexner LLP au 212-446-2300 et [EpsteinBOASettlement@bsfilp.com](mailto:EpsteinBOASettlement@bsfilp.com), et Brittany Henderson chez Edwards Henderson PLLC à [brittany@cvlf.com](mailto:brittany@cvlf.com). Les équipes de Boies Schiller Flexner LLP et d'Edwards Henderson PLLC ont été formées pour aider les survivants de traumatismes sexuels et sont bien au fait de la nature générale de cette affaire. Les équipes de Boies Schiller Flexner

<sup>1</sup> Tous les termes en majuscules qui ne sont pas autrement définis dans le présent document ont la signification qui leur est attribué dans la Stipulation de règlement datée du 27 mars 2026. En cas de conflit entre les définitions des termes en majuscules dans le Questionnaire et la décharge et la Stipulation de Règlement, la définition de la Stipulation de Règlement prévaut. Une copie de la Stipulation de règlement est disponible en contactant l'Administrateur du Fonds ou en visitant le site web [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com), comme indiqué plus en détail dans l'Avis.

LLP et d'Edwards Henderson PLLC peuvent vous aider à remplir le questionnaire et la décharge ou répondre à des questions d'ordre général sur ce processus en cours, sans frais pour vous. Ils préserveront la confidentialité de vos conversations avec eux et de toutes les informations qui leur seront communiquées.

Si vous avez des questions sur ce questionnaire et cette décharge ou sur la procédure de soumission, plusieurs options s'offrent à vous. Si vous êtes représenté par un avocat, veuillez lui demander conseil en premier lieu.

Si vous avez encore des questions ou si vous n'avez pas d'avocat et que vous en avez besoin, vous pouvez contacter Simone Lechuk, l'Administrateur du Fonds, à [Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com](mailto:Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com), et elle vous dirigera vers l'Avocat du Recours ou répondra à votre question. Veuillez noter que Mme Lechuk n'est pas autorisée à vous aider à remplir votre questionnaire et votre décharge, à préparer les documents justificatifs ou à vous fournir des conseils juridiques. Si vous avez besoin d'un avis juridique ou d'une aide pour remplir votre formulaire, nous vous encourageons à travailler avec les avocats du Recours ou avec votre propre avocat.

Si une section ou une sous-section du présent questionnaire et de la décharge ne vous concerne pas, vous pouvez la laisser en blanc. Si ce questionnaire et cette décharge vous posent une question dont vous ne connaissez pas la réponse, essayez de fournir autant d'informations que possible ou sautez cette question spécifique. Dans certains cas, vous pouvez décider de soumettre des documents justificatifs que vous n'avez pas actuellement en votre possession. Dans ce cas, vous devez l'indiquer dans la section appropriée du présent questionnaire et de la décharge et mettre à jour votre dossier au fur et à mesure que les informations sont reçues.

Dans le cadre de cette procédure de réclamation, vous pouvez demander (mais ce n'est pas obligatoire) une réunion par vidéo ou en personne (à New York City) avec Simone Lechuk, l'administratrice du Fonds. Mme Lechuk organisera cette réunion en réponse à votre réclamation. Au cours de cette réunion, vous pouvez communiquer à Mme Lechuk des informations supplémentaires qui, selon vous, l'aideront à prendre sa décision. En outre, Mme Lechuk peut demander une réunion téléphonique ou vidéo avec certains membres du Recours, mais pas tous, si elle estime que parler avec un membre du Recours l'aidera à obtenir des informations supplémentaires et utiles. Bien que Mme Lechuk puisse faire cette demande à certains membres du Recours, il ne s'agit pas d'une partie obligatoire de ce processus et si vous refusez la demande de réunion de Mme Lechuk, votre demande sera évaluée sur la base des informations écrites que vous avez soumises. Tout membre du Recours qui rencontre Mme Lechuk peut demander à son avocat d'assister également à la réunion. Vous pouvez vous renseigner sur les antécédents de Mme Lechuk sur ce site web - [www.simonelechuk.com](http://www.simonelechuk.com). Mme Lechuk fixera des rendez-vous à des dates qui conviennent aux deux parties, en tenant compte du lieu et du fuseau horaire du membre du recours collectif.

Les informations que vous incluez dans le questionnaire et la décharge resteront confidentielles. Les seules informations qui seront communiquées à l'administrateur du fonds sont celles que vous avez choisi d'inclure dans le questionnaire et la décharge, ainsi que toute autre information jointe au questionnaire et à la décharge. Toute personne qui soumet un questionnaire et une décharge ne sera pas identifiée publiquement. Si vous souhaitez être exclu du Règlement et préserver vos réclamations liées au Litige, vous devez envoyer une lettre signée par courrier de première classe ("Formulaire d'exclusion") à l'Administrateur du Fonds. La lettre doit indiquer (a) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne demandant l'exclusion ; et (b) que la personne souhaite être exclue du Recours dans ce litige. Votre formulaire d'exclusion doit être **envoyé à l'Administrateur du Fonds au plus tard le 13 mai 2026, le cachet de la poste faisant foi**, afin que vous puissiez vous exclure du Règlement.

Si vous ne soumettez pas un formulaire d'exclusion dans les délais impartis et ne soumettez pas un questionnaire et une décharge, vous ne recevrez aucune compensation liée au règlement et vous renoncerez à toute réclamation liée au litige.

**VOUS DEVEZ ENVOYER DANS LES DÉLAIS VOTRE QUESTIONNAIRE ET VOTRE DÉCHARGE DÛMENT REMPLIS, AINSI QUE TOUT AUTRE DOCUMENT REQUIS PAR LES PRÉSENTES, EN LIGNE VIA LE SITE WEB SÉCURISÉ [WWW.2026SURVIVORSBANKSETTLEMENTFUND.COM](http://WWW.2026SURVIVORSBANKSETTLEMENTFUND.COM) OU ENVOYER UN FORMULAIRE D'EXCLUSION PAR LA POSTE À L'ADMINISTRATEUR DU FONDS.**

**Vous serez lié par les termes de tout jugement rendu dans le cadre du litige, y compris les décharges qui y sont prévues, QUE VOUS SOUMETTIEZ OU NON UN QUESTIONNAIRE ET UNE DÉCHARGE, À MOINS QUE VOUS SOUMETTIEZ OU ENVOYEZ PAR LA POSTE UN FORMULAIRE DE DÉCHARGE VALIDE ET EN TEMPS OPT-OUT.**

## DÉPANNAGE DES QUESTIONNAIRES ET DE LA DÉCHARGE

Pour vous assister à remplir votre questionnaire et votre formulaire de réclamation et décharge, veuillez noter les réponses suivantes à certaines questions fréquemment posées :

- La date limite pour soumettre votre questionnaire et votre décharge est fixée à **23h59 HAE le 12 juin 2026**.
- Seul le demandeur, et non son avocat, peut soumettre le questionnaire et la décharge, car le formulaire est soumis sous peine de parjure.
- Il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire et la décharge en une seule fois. Le questionnaire et la décharge peuvent être téléchargés à l'adresse [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com) [au format PDF](#). [Vous pouvez travailler sur le questionnaire et la décharge à votre propre rythme et, une fois terminés, vous pouvez télécharger le questionnaire et la décharge ainsi que tout document à l'appui.](#)
- Veuillez saisir vos informations personnelles et non celles de votre conseil, le cas échéant.
- Il peut être utile de télécharger et/ou d'imprimer le questionnaire et la décharge vierges avant de commencer à les remplir afin d'avoir un point de référence sur la manière dont le formulaire est organisé dans son intégralité.
- L'administrateur du fonds est tenu d'effectuer certaines recherches relatives à d'éventuels privilèges médicaux détenus par Medicare, Medicaid, TRICARE et le ministère américain des anciens combattants. Il vous sera demandé d'ajouter votre date de blessure/maladie et votre numéro de sécurité sociale et de signer divers documents pour faciliter ce processus dans le cadre de la soumission de votre questionnaire et de votre décharge. Il s'agit d'une étape obligatoire de la procédure de demande.
- Vous devrez apposer votre signature numérique à trois endroits : à la fin du questionnaire et de la décharge (page 30), à la fin de la preuve de représentation (page 32) et à la fin du consentement et de l'autorisation d'utiliser et de divulguer des informations (page 33). Ces champs sont en jaune afin de les mettre en évidence. Veuillez taper votre signature à chaque endroit. En outre, vous devez préciser le mois et l'année approximatifs de la blessure/maladie sur le formulaire de preuve de représentation et sur le consentement et l'autorisation d'utiliser et de divulguer des informations. Veuillez indiquer une date qui correspond approximativement à la date de la faute ou de l'abus sexuel et exprimer cette date sous la forme d'un mois et d'une année ou d'un mois, d'un jour et d'une année.
- Si vous soumettez avec succès votre questionnaire et votre décharge, un numéro de référence vous sera attribué. Ce numéro de référence vous est propre et sera votre numéro de connexion si vous souhaitez ajouter des informations ou des documents supplémentaires à votre dossier de demande d'indemnisation. L'administrateur du Fonds, ou l'administration juridique de JND, vous contactera, vous ou votre avocat, par courrier électronique pour confirmer la réception de votre questionnaire et de votre décharge, ou pour vous informer des lacunes de votre dossier qui doivent être corrigées, dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception.
- Après avoir téléchargé le questionnaire et la décharge, vous serez invité à télécharger d'éventuels documents. Veuillez noter que la taille maximale pour le téléchargement est de 50 mégaoctets par fichier, et que les documents plus volumineux doivent être divisés en fichiers plus petits avant d'être téléchargés. Les types de fichiers pris en charge sont .xls, .xlsx, .doc, .docx, .ppt, .pptx et .jpg.
- Si vous devez modifier votre réclamation après qu'elle a été soumise où télécharger des documents supplémentaires, vous pouvez le faire jusqu'à **23 h 59 HAE le 12 juin 2026**. Cette fonction est disponible sur le tableau de bord de [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com) sous l'onglet télécharger les pièces justificatives en haut à droite. Il vous sera demandé votre numéro de référence pour continuer. Un téléchargement réussi génère un numéro de référence de confirmation. Il n'y a pas de limite au nombre de fois où vous pouvez modifier ou compléter votre réclamation avant la date limite.
- Si vous avez d'autres questions techniques, veuillez contacter l'administrateur du Fonds, Simone Lelchuk, à l'adresse [Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com](mailto:Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com).
- Le Questionnaire confidentiel avec décharge ont été formatés de manière à vous offrir un espace maximal pour saisir vos réponses à chaque question via le portail en ligne. Une version plus compacte du Questionnaire confidentiel et de l'Autorisation est disponible pour consultation sous longlet « Submit Confidential Questionnaire and Release » sur le site [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com).



<p>9. COMMUNICATION PAR TÉLÉPHONE ET PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE :</p>	<p>Si vous n'êtes pas représenté par un avocat, l'Administrateur du Fonds peut-il vous laisser des messages vocaux concernant votre réclamation ? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous n'êtes pas représenté par un avocat, l'administrateur du fonds peut-il vous envoyer des informations confidentielles par courrier électronique ?</p> <p>Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p>
<p>10. L'ANGLAIS EST-IL VOTRE LANGUE PRÉFÉRÉE ?</p>	<p>Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous avez répondu "Non", quelle est votre langue préférée et aurez-vous besoin d'un interprète ?</p> <p>_____</p>
<p>11. AVEZ-VOUS DÉJÀ DÉPOSÉ UNE DEMANDE D'OUVERTURE DE PROCÉDURE DE FAILLITE ?</p>	<p>Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous avez répondu "OUI", veuillez indiquer le numéro de l'affaire et le lieu où elle a été déposée.</p> <p>_____</p>
<p>12. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ IMPLIQUÉ DANS UN RÈGLEMENT OU UN LITIGE AVEC OU CONCERNANT JEFFREY EPSTEIN ET/OU TOUTE PERSONNE ASSOCIÉE À CE DERNIER ? SI VOUS AVEZ DÉPOSÉ UNE DEMANDE DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'EPSTEIN OU DE TOUTE RECOURS COLLECTIVE LIÉE À JEFFREY EPSTEIN, VEUILLEZ COCHER LA CASE OUI.</p>	<p>Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, quelle a été l'issue de ce règlement ou de ce litige ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div>



**SECTION B : INFORMATIONS RELATIVES A L'AVOCAT**  
**SEULS LES DEMANDEURS REPRÉSENTÉS PAR UN AVOCAT DOIVENT REMPLIR**  
**CETTE SECTION**

**Vous n'avez pas besoin d'être représenté par un avocat pour remplir ou soumettre ce questionnaire et cette décharge.** Si vous êtes représenté par un avocat, vous devez remplir ce formulaire avec l'aide de votre conseil. Veuillez indiquer les coordonnées de l'avocat dans cette section B. (Vous n'êtes représenté par un avocat que si vous avez signé un accord de représentation ou un contrat engageant cet avocat.) Si vous n'êtes pas représenté par un avocat, sautez cette section et passez à la section C du présent questionnaire et de la décharge.

Si vous n'avez pas d'avocat et que vous en avez besoin, vous pouvez contacter le conseil du Recours. Veuillez contacter l'équipe de Sigrid McCawley au 212-446-2300 et EpsteinBOASettlement@bsflp.com et Brittany Henderson à Edwards Henderson PLLC à brittany@cvlf.com.

- Si vous engagez un avocat à un moment quelconque de la procédure de réclamation, veuillez mettre à jour vos informations en envoyant un courriel à l'Administrateur du Fonds, à Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com.

NOM DE L'AVOCAT :	Prénom	M.I.	Dernier	Suffixe
NOM DU CABINET D'AVOCATS :				
ADRESSE POSTALE DU CABINET :	Adresse 1			
	Adresse 2			
	Ville			
	Etat/Province			
	Code postal	Pays		
TÉLÉPHONE DE L'AVOCAT :				
ADRESSE ÉLECTRONIQUE DE L'AVOCAT :				

**SECTION C : RENCONTRE(S) AVEC JEFFREY EPSTEIN  
ET/OU QUELQU'UN QUI LUI EST ASSOCIÉ ?**  
**TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION**

**Veillez compléter les informations ci-dessous. Vous pouvez utiliser des feuilles supplémentaires pour décrire votre (vos) rencontre(s) si vous avez besoin de plus d'espace pour l'une des sous-sections de ce questionnaire et de cette décharge.**

S'il vous plaît, soyez aussi précis que possible. Si vous le pouvez, indiquez le jour, le mois et l'année de chaque rencontre. Si vous ne vous souvenez pas du mois, essayez de vous souvenir de la saison (automne, hiver, printemps, été).

**RENCONTRE(S)**

1. Quelle a été la date ou date(s) spécifique(s) à laquelle vous avez été en contact avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui ?

FOURCHETTE DE DATES : de | | | | / | | | | / | | | | | | | |  
(MM/JJ/AAAA)

à | | | | / | | | | / | | | | | | | |  
(MM/JJ/AAAA)

2. Êtes-vous une victime-survivante d'abus sexuels et/ou de trafic commis par Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui ?

Oui :  Non :

3. Dans la mesure du possible, veuillez décrire les circonstances dans lesquelles vous avez rencontré pour la première fois Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à celui-ci (y compris quel âge vous aviez).

4. Quel a été le lieu de votre (vos) rencontre(s) avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à ce dernier ?

Veillez indiquer le nom et l'adresse du (des) lieu(s) et le type de lieu(s). Les exemples incluent, mais ne sont pas limités à, des maisons privées, des appartements spécifiques, des hôtels, des restaurants, des bureaux. Si vous ne vous souvenez pas d'informations spécifiques, veuillez indiquer le pays, l'État et/ou la ville où la (les) rencontre(s) a (ont) eu lieu.

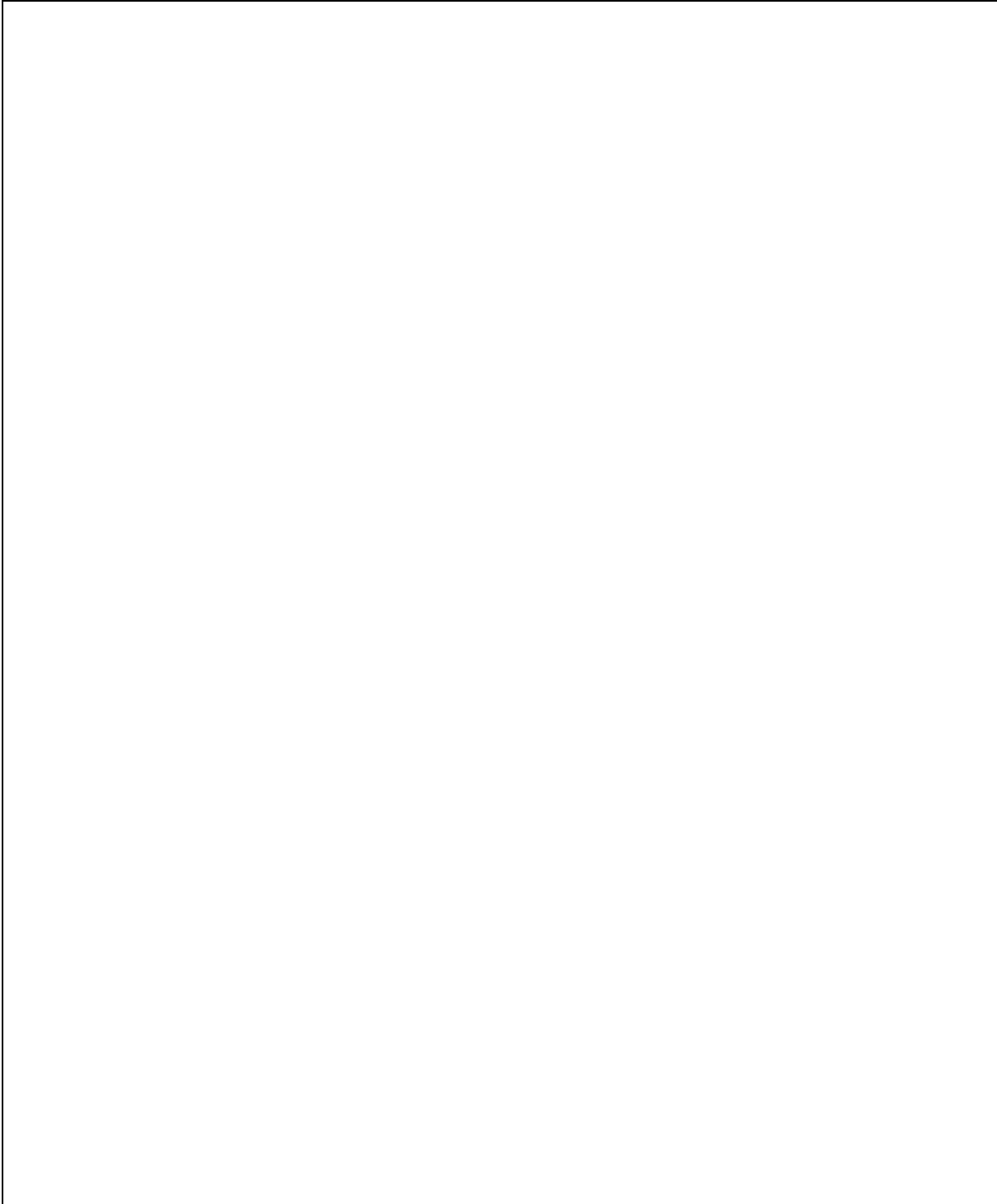


5. Combien de fois environ avez-vous été victime d'abus sexuels et/ou de trafic par Jeffrey Epstein et/ou d'une personne associée à ce dernier ?



VEUILLEZ DECRIRE CI-DESSOUS CE QUI S'EST PASSE LORS DE VOTRE (VOS) RENCONTRE(S) AVEC JEFFREY EPSTEIN ET/OU TOUTE PERSONNE ASSOCIEE A LUI EN REpondANT AUX QUESTIONS CI-DESSOUS. SOYEZ AUSSI PRECIS QUE POSSIBLE.

6. Dans la mesure du possible, veuillez décrire la nature et les circonstances de l'abus sexuel et/ou du trafic.



7. Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui ont-ils touché leur propre corps d'une manière qui vous a mis mal à l'aise ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

8. Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui vous ont-ils forcé, ou tenté de vous forcer, y compris en vous donnant des instructions, de pratiquer un acte de sexe oral sur lui / sur eux ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

9. Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui a-t-il(elle) pratiqué ou tenté de pratiquer un acte sexuel oral sur vous ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

10. Jeffrey Epstein et/ou toute personne qui lui est associée ont-ils pénétré ou tenté de pénétrer votre vagin ou votre anus ? Par pénétration, on entend l'insertion dans votre vagin ou votre anus à l'aide d'un ou de plusieurs doigts, d'un pénis ou d'autres objets.

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

11. Jeffrey Epstein et/ou une personne associée à lui ont-ils touché votre corps d'une manière ou d'une autre qui vous a mis mal à l'aise ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

12. Avant, pendant ou après votre/vos rencontre(s) avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui, Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui vous a-t-il(elle) physiquement retenu(e), enfermé(e) dans une pièce, bloqué(e) la sortie de la pièce, transporté(e) dans un autre lieu et empêché(e) de partir, confisqué(e) vos documents de voyage (tels que votre passeport), ou vous a-t-il(elle) fait perdre le contrôle de votre environnement ou de l'endroit où vous vous trouviez ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

13. Avant, pendant ou après votre (vos) rencontre(s) avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui, Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui vous a-t-il(elle) menacé(e) verbalement, notamment en menaçant de vous faire du mal ou de faire du mal à votre famille, en menaçant votre carrière, en menaçant votre statut d'immigré, ou en vous faisant croire d'une autre manière que vous pourriez subir un préjudice si vous n'accédiez pas à ses demandes ? Les menaces peuvent être explicites ou implicites ou indirectes.

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

14. Quelqu'un a-t-il été témoin des abus sexuels et/ou du trafic, des circonstances entourant les abus et/ou du trafic, ou de l'une quelconque de vos interactions avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à ce dernier ? Si oui, veuillez fournir le(s) nom(s) ou une description de chaque témoin et la(les) date(s) de l'incident ou des incidents dont la personne a été témoin.

Tous les noms fournis resteront confidentiels. L'administrateur du fonds ne contactera pas cette personne / ces personnes.

Oui :  Non :

15. Avez-vous parlé à quelqu'un de ce qui s'est passé (collègues de travail, parents, proches, amis, avocats, autorités chargées de l'application de la loi, etc.)

Oui :  Non :

Si oui, à qui l'avez-vous dit, quand l'avez-vous dit et qu'avez-vous dit ?

**VEUILLEZ UTILISER DES FEUILLES SÉPARÉES SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS OU FOURNIR DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.**

**SECTION D : IMPACT DU COMPORTEMENT ALLÉGUÉ**  
**TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION**

1. Veuillez décrire au mieux les conséquences (émotionnelles, psychologiques, physiques, financières, etc.) que les abus sexuels et/ou de trafic perpétré par Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à celui-ci a eu sur vous.

2. Avez-vous consacré du temps à la préparation ou à la poursuite du litige, ou participé à tout autre litige civil ou à des poursuites pénales concernant Jeffrey Epstein et/ou toute personne qui lui est associée ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire :

3. Avez-vous tenté de contacter les forces de l'ordre ou avez-vous été empêché de contacter les forces de l'ordre ou de demander de l'aide par Jeffery Epstein et/ou toute personne associée à ce dernier ?

Oui :  Non :

Si oui, veuillez expliquer les efforts que vous avez déployés pour contacter les forces de l'ordre ou demander de l'aide et comment on vous a empêché de le faire.

4. Veuillez fournir toute information supplémentaire que vous souhaitez communiquer à l'administrateur du fonds. Vous pouvez également prendre rendez-vous avec l'administrateur du fonds pour lui communiquer directement de plus amples informations. S'il vous plaît, veuillez fournir toute information supplémentaire que vous souhaitez partager avec l'administrateur du fonds, y compris toute information supplémentaire sur le préjudice que vous avez subi en raison de la conduite de Jeffery Epstein et/ou de toute personne associée à lui, si vous ne l'avez pas déjà été décrite dans vos réponses précédentes.



**SECTION E : TRAITEMENT ET FRAIS REMBOURSABLES**  
**TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION**

1. Avez-vous reçu un traitement ou des services (médicaux, de conseil, de toxicomanie, etc.) liés aux abus sexuels et/ou au trafic perpétré par Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à ce dernier ?

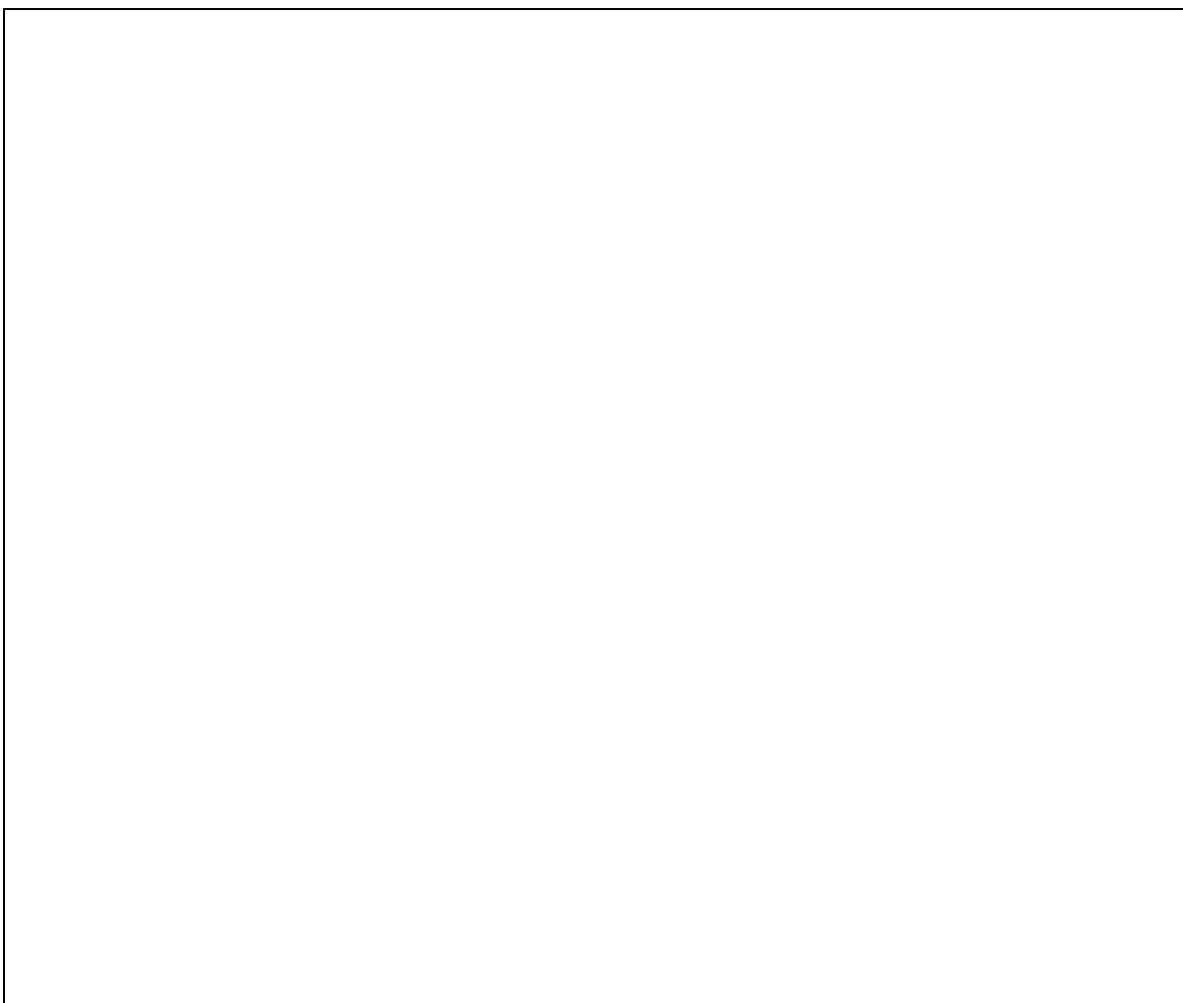
Oui :  Non :

Si oui, veuillez décrire ci-dessous. Les personnes énumérées ci-dessous ne seront pas contactées sans votre autorisation préalable et l'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations médicales protégées est liée à des recherches de privilèges médicaux et ne sera pas utilisée pour contacter vos prestataires de soins de santé.

Date(s) unique(s) (même si elle(s) est(sont) approximative(s)) :	Nom du/des professionnel(s) :	Nature du traitement :
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(MM/JJ/AAAA)</div>		



2. Si vous avez encouru des dépenses que vous attribuez à des blessures physiques ou à une détresse émotionnelle causées par votre (vos) expérience(s) avec Jeffrey Epstein et/ou toute personne associée à lui, veuillez énumérer ces dépenses (même s'il s'agit de montants approximatifs) et, si elles sont disponibles, fournir des copies des documents justificatifs.



**Vous pouvez - mais ce n'est pas obligatoire - joindre ou soumettre des documents justificatifs dans le cadre de votre demande.**

Des exemples non exhaustifs de documents peuvent inclure, mais sans s'y limiter : entrées de calendrier, billets d'événement, entrées de journal intime, talons de chèque de paie, dossiers fiscaux, courriels, messages textuels, messages et postes sur les médias sociaux, lettres, mémos, dossiers du personnel, reçus, relevés de compte, relevés bancaires ou de cartes de crédit, factures, rapports ou dossiers de médecins ou de thérapeutes, dossiers de santé mentale, affidavits de personnes proches de vous ou qui vous ont traité, rapports de police, réclamations ou poursuites judiciaires déposées auprès d'une agence gouvernementale ou d'un tribunal. Si vous avez besoin d'un délai supplémentaire au-delà du **12 juin 2026** pour obtenir des documents de tiers, veuillez l'indiquer et compléter votre demande dès que possible.

## SECTION F : RENONCIATION ET SOUMISSION A LA JURIDICTION DU TRIBUNAL ET RECONNAISSANCES

### TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION ET LA SIGNER AU BAS DE LA PAGE

En mon nom et au nom de chacun de mes héritiers, agents, exécuteurs, fiduciaires, administrateurs, prédécesseurs, successeurs et ayants droit, je sou mets ce questionnaire et cette décharge conformément aux termes de la Stipulation de règlement décrite dans l'avis. Je reconnais en outre que je suis lié et soumis aux conditions de tout jugement qui pourrait être rendu dans le cadre du litige dans le district sud de New York.

#### DÉCHARGE

1. La date d'entrée en vigueur du Règlement, je reconnais avoir pleinement et entièrement satisfait, et entièrement, définitivement et à jamais réglé, libéré et déchargé des " Réclamations des plaignants libérées " toutes les " Parties défenderesses libérées " comme indiqué dans les paragraphes ¶¶ 1.25, 1.27 et la section 4 de la Stipulation de règlement.
2. "Partie défenderesse déchargée " ou " Parties défenderesses déchargées " ou " Partie déchargée de BANA " désigne Bank of America, N.A., Merrill Lynch, Pierce, Fenner & Smith, Inc, BofA Securities, Inc, et Bank of America Corporation, ainsi que leurs sociétés mères, filiales, sociétés affiliées, prédécesseurs et successeurs directs ou indirects, passés et présents ; chacun des dirigeants, administrateurs et agents passés ou présents de ces entités, agissant dans le cadre de leurs fonctions pour le compte des entités susmentionnées ; et chacun des employés passés ou présents de ces entités pour tout acte lié de quelque manière que ce soit à leur emploi. Aucune disposition de la présente Stipulation de règlement ne constitue une renonciation aux réclamations des membres du Recours à l'encontre de toute personne physique qui les a victimes d'abus sexuels.
3. Les termes "Partie plaignante déchargée" ou "Parties plaignantes déchargées" désignent (i) tous les membres du recours collectif, les demandeurs participants, le représentant du recours collectif, l'avocat du recours collectif et chacun de leurs successeurs, prédécesseurs et sociétés mères, sociétés sœurs, filiales et personnes affiliées passées, présentes et futures et (ii) toutes les personnes susmentionnées passées, présentes ou futures respectives : mandants, cessionnaires, cédants, légataires, légués, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successions, héritiers, conjoints, séquestres et fiduciaires, constituants, bénéficiaires, membres, détenteurs d'actions, dirigeants, administrateurs, partenaires, gestionnaires, employés, préposés, agents, assureurs, réassureurs, représentants, avocats, représentants légaux, et successeurs dans l'intérêt. Les Parties plaignantes déchargées n'incluent pas les personnes qui seraient autrement membres du Recours mais qui s'excluent elles-mêmes en remplissant un formulaire d'exclusion valide et en temps voulu. Pour éviter toute ambiguïté, aucune disposition de la présente Stipulation de règlement ne constitue une renonciation aux réclamations, droits ou causes d'action des parties défenderesses déchargées à l'encontre de leurs assureurs et réassureurs.
4. Les "réclamations des plaignants libérés" désignent l'ensemble des réclamations, droits et causes d'action contre les parties défenderesses libérées, de toute nature et description, devoirs, obligations, demandes, actions, questions, dettes, sommes d'argent, poursuites, contrats, accords, promesses, questions, jugements, pertes, dommages et responsabilités, y compris les réclamations connues et inconnues, qu'elles soient fixes ou conditionnelles, échues ou non échues, cumulées ou non, liquidées ou non, cachées ou non, suspectes ou non, directes ou indirectes, quelle que soit la théorie juridique ou équitable et qu'elles découlent du droit fédéral, du droit des États, du droit statutaire, du droit commun, du droit étranger ou de toute autre loi, règle ou réglementation, qu'il s'agisse d'une classe, d'un représentant ou d'un individu, à l'encontre des personnes libérées, et/ou individuelle, à l'encontre des Parties défenderesses déchargées que les Parties plaignantes déchargées (a) ont fait valoir dans le cadre du Litige à l'encontre des Parties défenderesses déchargées, (b) auraient pu faire valoir dans le cadre du Litige à l'encontre des Parties défenderesses déchargées, ou (c) pourraient faire valoir à l'encontre des Parties défenderesses déchargées dans le cadre de toute autre action ou forum en ce qui concerne Epstein, y compris, mais sans s'y limiter, les réclamations relatives aux "individus liés à Epstein", aux "entités liées à Epstein" ou aux "comptes liés à Epstein", tels que les plaignants ont défini ces termes dans le présent litige, résultant de tout acte ou conduite d'une partie défenderesse quittancée ou de tout acte ou conduite de toute autre personne ou entité pouvant être imputée à une partie défenderesse

quittancée. Les réclamations des plaignants déchargés comprennent toutes les réclamations se référant où se rapportant d'une manière ou d'une autre au comportement des parties défenderesses déchargées avant la période visée par l'action collective. Les "Réclamations des plaignants libérés" n'incluent pas : (i) les réclamations de toute personne qui soumet un formulaire d'exclusion accepté par la Cour ; (ii) les réclamations relatives à l'exécution du règlement ; ou (iii) toute réclamation individuelle à l'encontre d'une personne physique qui est une partie défenderesse libérée pour toute agression sexuelle présumée commise par cette personne physique à l'encontre d'un membre de l'action collective. Pour éviter toute ambiguïté, ce Règlement ne libère pas et ne doit pas être interprété comme libérant toute réclamation contre Jeffrey Epstein, sa succession, ou tout administrateur, successeur ou représentant de sa succession ; toute personne liée à Epstein spécifiquement identifiée par son nom dans le paragraphe 13 de la première série d'interrogatoires du Plaignant dans ce Litige ; ou toute personne physique ayant abusé sexuellement d'un Membre du Recours. Cette décharge est destinée à libérer, dans toute la mesure permise par la loi, les réclamations, droits et causes d'action contre les parties défenderesses déchargées de toute nature et description, devoirs, obligations, demandes, actions, questions, dettes, sommes d'argent, poursuites, contrats, accords, promesses, questions, jugements, pertes, dommages et responsabilités, y compris les réclamations connues et inconnues, qu'elles soient fixes ou conditionnelles, échues ou non échues, accumulées ou non liquidées, dissimulées ou cachées, suspectes ou insoupçonnées, directes ou indirectes, quelle que soit la théorie juridique ou équitable et qu'elle soit issue de la loi fédérale, de la loi de l'État, de la loi statutaire, du droit commun, de la loi étrangère ou de toute autre loi, règle ou réglementation, qui pourrait être introduite pour obtenir des dommages-intérêts des Parties défenderesses déchargées au nom d'un Membre de l'Action collective par toute autre partie, y compris tout souverain ou gouvernement, concernant ou découlant du préjudice, de la blessure, de l'abus, de l'exploitation ou du trafic d'un membre du Recours par Jeffrey Epstein ou par toute personne qui est d'une manière ou d'une autre liée ou associée à Jeffrey Epstein, ainsi que tout droit à un recouvrement à ce titre.

5. Je garantis et déclare par la présente que je n'ai pas cédé ou transféré ou prétendu céder ou transférer, volontairement ou involontairement, toute question libérée en vertu de la présente décharge ou toute autre partie ou portion de celle-ci.
6. En signant ci-dessous, je déclare, sous peine de parjure, que : (b) j'autorise JND à contacter Medicare Parts A et B et Medicaid (en fonction de l'état de résidence que j'indique sur ce questionnaire et cette décharge), et je ne m'oppose pas à toute divulgation qui en résulterait dans le but de résoudre tout privilège médical légalement exécutoire qui pourrait être dû aux entités susmentionnées et payé sur toute distribution du Fonds que je pourrais recevoir ; (c) Je comprends que dans le cas où des obligations de privilège des assureurs de soins de santé ou de toute entité *autre que Medicare Parts A et B et/ou Medicaid* sont dues ou surviennent en relation avec toute distribution du Fonds de règlement net que je pourrais recevoir, il est de ma seule responsabilité de résoudre ces obligations de privilège ; et (d) Je comprends que des informations fausses ou trompeuses peuvent entraîner le rejet de la somme qui m'a été allouée.



Signature



Date (Mois/Jour/Année)

Nom complet en caractères d'imprimerie (prénom, second prénom et nom de famille)

Vous pouvez télécharger ce questionnaire et cette décharge à l'adresse suivante : [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com). Si vous ne pouvez pas soumettre votre questionnaire et votre décharge en ligne, veuillez les envoyer par courrier à l'administrateur du fonds à l'adresse suivante : Simone K. Lelchuk, Administrateur du Fonds, c/o Frejka PLLC, 415 East 52nd Street, Suite 3 New York, New York 10022.

## SECTION G : RECHERCHE DE PRIVILÈGES MÉDICAUX

### TOUS LES MEMBRES DU RECOURS DOIVENT REMPLIR ET SIGNER CETTE SECTION

Dans le cadre du processus de réclamation, l'Administrateur du Fonds est chargé de vérifier et de résoudre tout privilège médical pouvant être dû à Medicare Parts A et B et à Medicaid (par l'État de résidence actuel de chaque membre du recours collectif) en rapport avec tout paiement effectué aux membres du recours collectif participants. Si l'Administrateur du Fonds détermine que vous êtes redevable d'un privilège médical envers les entités susmentionnées, ce privilège sera déduit et payé sur tout montant que vous pourriez être en droit de recevoir du Fonds de règlement, comme l'exigent les lois fédérales et étatiques. Les formulaires "Preuve de représentation" et "Consentement et autorisation pour l'utilisation et la divulgation d'informations" sont nécessaires pour que l'administrateur du fonds puisse accomplir les tâches susmentionnées et doivent être signés pour que votre questionnaire et votre décharge soient complets. **Veillez noter que toute obligation de privilège *autre que* les privilèges des parties A et B de Medicare, des parties C et D de Medicare, de Medicaid, de TRICARE ou de VA relève de la responsabilité de chaque membre participant du Recours.** Si vous avez des questions concernant la procédure de résolution des privilèges ou si vous souhaitez obtenir de l'aide pour résoudre des privilèges autres que ceux des parties A et B de Medicare, des parties C et D de Medicare, de Medicaid, de TRICARE ou de l'AV, veuillez envoyer un courriel à [Lienresolution@jndla.com](mailto:Lienresolution@jndla.com). L'adresse de résolution des privilèges figurant dans les formulaires ci-dessous est destinée à la résolution des privilèges et est intentionnellement différente de l'adresse postale générale de l'administrateur du fonds. L'ensemble de votre questionnaire et de votre décharge, y compris les formulaires de preuve de déclaration et de consentement et d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations, doit être soumis à l'administrateur du fonds conformément aux instructions fournies dans la section G.

### QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES AUX RECHERCHES DE PRIVILÈGES

Veillez répondre aux questions suivantes afin de faciliter le processus de recherche et de résolution des privilèges. Vos réponses sont confidentielles et ne seront communiquées qu'à la société chargée de la résolution des litiges engagée par l'administrateur du fonds.

1. Avez-vous déjà vécu aux États-Unis ?

Oui  Non

Depuis le 30 juin 2008, dans quel(s) État(s) (Floride, New York, Îles Vierges, etc.) avez-vous vécu ?

2. Avez-vous reçu un traitement ou des services (médicaux, de conseil, de toxicomanie, etc.) en rapport avec les abus sexuels commis par Jeffrey Epstein ?

Oui  Non

Si la réponse à la question précédente est OUI, veuillez indiquer dans quel(s) État(s) (Floride, New York, Îles Vierges, etc.) vous avez reçu un traitement ou des services :

3. Participez-vous ou êtes-vous éligible à Medicare ?

Oui  Non

4. Participez-vous ou avez-vous droit à Medicaid ?

Oui  Non

5. Êtes-vous un ancien combattant ou un membre des forces armées des États-Unis ?

Oui  Non

### PREUVE DE REPRÉSENTATION

Le bénéficiaire signataire informe les Centers for Medicare & Medicaid (CMS) qu'il autorise le représentant identifié à le représenter et à agir en son nom en ce qui concerne toute demande d'assurance responsabilité civile, d'assurance sans égard à la responsabilité ou d'indemnisation des accidents du travail, y compris la divulgation d'informations de santé identifiables ou la résolution de toute demande de recouvrement potentielle que Medicare pourrait avoir en cas de règlement, de jugement, d'attribution ou d'autre paiement. Le représentant accepte de représenter le bénéficiaire soussigné et a été engagé par le « Bank Settlement Fund for Survivors 2026 ».

#### Type de représentant :

- Personne autre qu'un avocat  
 Mandataire  
 Tuteur\*  
 Conservateur\*  
 Procurateur\*

Administration juridique JND

NOM DU REPRÉSENTANT/SOCIÉTÉ

Boîte postale 91351

ADRESSE

Seattle, WA 98101

VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL

206-331-3034

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

#### Informations sur le demandeur :

Nom du demandeur (obligatoire) :

Numéro Medicare du demandeur,  
si disponible, ou numéro de  
sécurité sociale (obligatoire) :

Date de la maladie/blessure  
(obligatoire) :

  
Signature du demandeur\* (obligatoire) :

  
Date de la signature (obligatoire) :

\*En cas d'incapacité ou de décès, un représentant légal doit signer et soumettre la documentation.

Signature du représentant : Barryl Thompson Date : 04/10/2026

## CONSENTEMENT ET AUTORISATION POUR L'UTILISATION ET LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

J'autorise mon assureur (Medicaid, TRICARE ou Veterans Affairs) à divulguer mes informations médicales personnelles à l'administration juridique de JND. Je comprends que cette démarche est volontaire, qu'elle vise à confirmer mes instructions et qu'elle n'a aucun effet sur les prestations auxquelles je pourrais avoir droit.

Nom (obligatoire) \_\_\_\_\_

Date de naissance (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date de la blessure/maladie (obligatoire) \_\_\_\_\_

Numéro de demande de remboursement de l'assurance maladie ou SSN (obligatoire) \_\_\_\_\_

### Informations personnelles sur la santé à divulguer

Ce consentement autorise la divulgation et l'utilisation d'informations concernant les demandes de remboursement de soins de santé et d'autres informations relatives à ma blessure et/ou ma maladie et aux soins médicaux dispensés ou payés par le titulaire du privilège, y compris, mais sans s'y limiter, les dossiers médicaux (y compris électroniques), les diagnostics et autres codes de procédure, le statut de l'inscription et les paiements effectués. Cette disposition s'applique également à l'accès aux sites web en ligne contenant de telles informations. Il peut s'agir de données relatives à certaines pathologies telles que le VIH/sida, la santé mentale, l'alcoolisme et la toxicomanie.

### Entité autorisée à recevoir et à utiliser les données

J'autorise la divulgation et l'utilisation des informations personnelles non publiques sur la santé décrites ci-dessus à l'**administration juridique de JND**, à ses employés, agents, affiliés ou représentants.

### **Administration juridique de JND**

**PO Box 91351**

**Seattle, WA 98111**

L'entité décrite ci-dessus est autorisée à recevoir, négocier et résoudre toutes les informations relatives à la demande décrite ci-dessus de la part de tout détenteur de privilège de soins de santé, de tout représentant contractuel et/ou de tout administrateur de régime privé. Je comprends que ces informations peuvent être redivulguées par eux et qu'elles peuvent ne plus être protégées par la législation fédérale ou nationale.

### Droit de révocation

Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment. Je comprends qu'une révocation n'est pas effective dans la mesure où une personne ou une entité a déjà agi sur la base de cette autorisation. Je comprends que mon traitement, mon paiement, mon inscription ou mon éligibilité à une prestation ne peuvent être conditionnés par la signature.

### Période d'effet

S'il n'a pas été révoqué précédemment, le présent consentement/autorisation expirera deux (2) ans après que toutes les réclamations, le cas échéant, auront été réglées.

Je consens et j'autorise spécifiquement la divulgation et la communication décrites ci-dessus.

\_\_\_\_\_

**Signature du demandeur ou du représentant légal (obligatoire)**

\_\_\_\_\_

**Date (obligatoire)**

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées et/ou lien de parenté du représentant légal (si vous êtes un représentant, veuillez joindre une copie du document juridique attestant de votre qualité de représentant)

### Déclaration de confidentialité

Les informations à collecter dans le cadre de ce consentement seront utilisées dans le cadre de la section 1862(b) de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395y) et pour s'y conformer. Ces informations seront utilisées pour déterminer si les services reçus sont couverts par Medicare ou Medicaid, ou si un assureur sans responsabilité, un assureur automobile, un assureur de responsabilité civile ou toute autre personne peut être responsable de ce paiement.

Une photocopie ou un fac-similé de ce formulaire sera valide et aura la même force et le même effet que l'original.

**LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'INDEMNISATION PREND  
BEAUCOUP DE TEMPS. NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PATIENCE.**

**Liste de rappel**

1. Remplissez le questionnaire et la décharge directement sur le questionnaire et la décharge PDF téléchargés à l'adresse [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com).
2. Tapez votre signature trois fois : (i) à la fin du questionnaire et de la décharge, (ii) à la fin de la preuve de déclaration, et (iii) à la fin du consentement à la décharge.
3. Téléchargez le questionnaire et la décharge et joignez les copies des documents justificatifs, le cas échéant. Vous pouvez les télécharger en ligne à l'adresse suivante : [www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com](http://www.2026SurvivorsBankSettlementFund.com).
4. Si vous choisissez d'envoyer par la poste le questionnaire et la décharge complétés ainsi que les documents justificatifs, n'envoyez pas les documents originaux.
5. Conservez et/ou imprimez une copie de votre questionnaire et de votre décharge complétés, ainsi que de tous les documents justificatifs, pour vos dossiers.
6. Si votre questionnaire et votre décharge sont téléchargés avec succès, un numéro de référence sera généré. Votre questionnaire et votre décharge ne sont pas considérés comme soumis tant que vous n'avez pas reçu cet accusé de réception. Si vous ne recevez pas d'accusé de réception après avoir téléchargé votre questionnaire et votre décharge, veuillez envoyer un courriel à l'administrateur du Fonds, à l'adresse [Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com](mailto:Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com).
7. Si vous déménagez, veuillez envoyer votre nouvelle adresse à l'administrateur du Fonds à [Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com](mailto:Claims@2026SurvivorsBankSettlementFund.com).

**Rappel des délais**

- Vous devez télécharger en ligne votre questionnaire et votre décharge dûment remplis et signés au plus tard à **23h 59 HAE le 12 juin 2026**. Vous pouvez également envoyer votre questionnaire et votre décharge dûment remplis et signés à l'administrateur du fonds par la poste **au plus tard le 12 juin 2026, le cachet de la poste faisant foi**, à Simone K. Lelchuk, administrateur du fonds, c/o Frejka PLLC, 415 East 52nd Street, Suite 3, New York, New York 10022.
- Votre formulaire d'exclusion doit être **envoyé à l'administrateur du fonds au plus tard le 13 mai 2026, le cachet de la poste faisant foi**.