

ANNEXE B

FORMULAIRE D'EXCLUSION

FORMULAIRE D'EXCLUSION

Privé et confidentiel

Le présent formulaire contient des renseignements importants au sujet de vos droits. Veuillez suivre les instructions attentivement.

Si vous voulez vous exclure du règlement pour le médicament REQUIP, vous devez remplir correctement et complètement le présent formulaire et l'envoyer à l'adresse indiquée ci-dessous de manière à ce qu'il soit reçu au plus tard à la date limite d'exclusion, soit le 21 avril 2015.

Le présent formulaire n'est pas un formulaire de réclamation.

Le présent formulaire vous permet de vous exclure du règlement pour le médicament REQUIP. **Si vous vous excluez, vous ne pourrez pas faire de réclamation dans le cadre de l'Entente.** Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'administrateur :

Collectiva services en recours collectifs inc.
285, Place d'Youville, bureau 9
Montréal (Québec) H2Y 2A4
514-287-1000/1-800-287-8587

En cas d'incompatibilité entre le règlement et le présent formulaire, le règlement a préséance. Le texte intégral du règlement peut être consulté au www.collectiva.ca.

Partie 1 : Identification du membre

Nom du membre : _____

Adresse : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Date de décès, le cas échéant (jj/mm/aaaa) : _____

Veillez fournir une copie du Certificat de décès

Téléphone le jour : _____ Téléphone le soir : _____

Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____

Partie 2 : Identification du représentant

Si vous déposez le présent formulaire d'exclusion à titre de représentant légal d'un membre du groupe ou de la succession d'un membre du groupe (par exemple, à titre de tuteur à l'instance au nom d'une personne frappée d'incapacité, d'administrateur à l'instance au nom d'une succession, de représentant personnel ou d'héritier), veuillez fournir les renseignements suivants à votre sujet.

Vous devez également remplir la Partie 1 en indiquant le nom du membre du groupe au nom duquel vous présentez une réclamation. Vous devez également joindre une copie de l'approbation du tribunal ou de tout autre instrument vous autorisant à représenter ce membre.

Nom du représentant : _____

Adresse : _____

Téléphone le jour : _____ Téléphone le soir : _____

Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____

Je dépose le présent formulaire d'exclusion au nom de la personne suivante :

- Un mineur de moins de 18 ans. *Veuillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom du mineur, par exemple une copie du certificat de naissance ou de baptême.*
- Une personne frappée d'une incapacité juridique. *Veuillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom de la personne frappée d'une incapacité juridique.*
- Une succession. *Veuillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom de la succession, par exemple une copie du testament.*

Partie 3 : Identification de l'avocat

Cette partie doit être remplie seulement si les services d'un avocat ont été retenus pour la réclamation par le membre du groupe. Toute la correspondance sera envoyée à votre avocat.

Cabinet d'avocats : _____

Nom de l'avocat : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____

Partie 4 : Droit à une indemnité - À remplir dans tous les cas

Estimez-vous que vous (ou le membre du groupe dont vous êtes le représentant légal) devriez avoir droit à une indemnité pour le médicament REQUIP?

Oui Non

Si vous avez répondu dans l'affirmative à la question précédente, veuillez expliquer pourquoi vous estimez que vous (ou le membre du groupe) devriez avoir droit à une indemnité pour le médicament REQUIP.

Cochez les cases appropriées :

A. Réclamation au titre de pertes de jeu : Oui Non

Type de jeu : Casino En ligne Autre, précisez : _____

Montant total des pertes nettes subies (après déduction des gains) : _____

B. Réclamation au titre de répercussion sur la qualité de la vie : Oui Non

Fournissez une brève description des répercussions alléguées :

C. Autres réclamations : Oui Non

Fournissez une brève description :

Partie 5 : Autres actions ou réclamations

Si vous êtes partie à un autre litige concernant le REQUIP, veuillez fournir une brève description :

Partie 6 : Acceptation et confirmation

Je comprends que je suis tenu de fournir des renseignements véridiques, complets et exacts dans le présent formulaire et que les parties au recours collectif et la Cour se fieront à ces renseignements. Je confirme que ces renseignements (y compris le montant total des pertes nettes réclamées) sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, complets et exacts. J'ai lu ce qui précède et je comprends qu'en m'excluant je ne serai jamais admissible à une indemnité aux termes du règlement pour le médicament REQUIP.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)