

ANNEXE E-1

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RÉCLAMATION**

**Toute personne qui désire présenter une réclamation en vertu de la Convention de règlement du litige relatif aux implants mammaires Dow Corning au Québec doit présenter ce formulaire.**

Vous devez remplir toutes les pages de ce Formulaire d'inscription et de réclamation.  
Ajoutez des pages supplémentaires si vous manquez d'espace.  
Veuillez dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie à l'encre.

**LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CE FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RÉCLAMATION DEMEURENT CONFIDENTIELS  
SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS DE LA CONVENTION DE RÈGLEMENT DU LITIGE  
RELATIF AUX IMPLANTS MAMMAIRES DOW CORNING AU QUÉBEC**

**Veuillez poster ce Formulaire d'inscription et de réclamation à l'adresse suivante :**

Gestionnaire des réclamations à la Convention de règlement du litige relatif aux implants  
mammaires Dow Corning au Québec

C.P. \_\_\_\_\_  
Montréal (Québec)

**Veuillez vous reporter à la Convention et plus particulièrement aux Procédures d'administration des réclamations pour obtenir des renseignements au sujet de la présentation des documents pertinents.**

**Pour vous inscrire et présenter une Demande de règlement expéditif, une Demande de règlement en raison de l'exérèse d'un implant mammaire, une Demande de règlement en raison d'une rupture ou une Réclamation d'indemnisation immédiate, vous devez transmettre le Formulaire d'inscription et de réclamation dûment rempli ainsi que tous les documents requis au Gestionnaire des réclamations au plus tard le \_\_\_\_\_, Date limite d'inscription et de réclamation.**

**Pour vous inscrire et présenter une Réclamation au fonds continu d'indemnisation en raison d'une Condition médicale définie qui peut se produire avant la Date finale de réclamation, vous devez remplir les sections 1 à 5 et la section 8 du Formulaire d'inscription et de réclamation et le transmettre avec les Documents d'identification du produit au Gestionnaire des réclamations au plus tard le \_\_\_\_\_, Date limite d'inscription et de réclamation, et vous devez également remplir les sections 6 à 8 du Formulaire d'inscription et de réclamation et le transmettre avec les Pièces médicales justificatives au Gestionnaire des réclamations au plus tard le \_\_\_\_\_, Date finale de réclamation.**

**Ce formulaire doit être rempli, signé et transmis au Gestionnaire des réclamations au plus tard à ces dates, le cachet de la poste en faisant foi, sinon vous perdrez tout droit de recevoir une compensation en vertu de cette Convention.**

1 - IDENTIFICATION DE LA RÉCLAMANTE		
Nom	Prénom	
Nom de jeune fille		
Adresse actuelle		
Rue		
Ville	Province	Pays
		Code postal
N° de téléphone (jour)		N° de carte d'assurance-maladie
Date de naissance		Date de décès (s'il y a lieu)
Un avocat vous représente-t-il en regard d'une réclamation pour un implant mammaire?		
	Non.	
	Oui. Dans l'affirmative, veuillez donner les renseignements suivants :	
	Nom	
	Adresse	
	Numéro de téléphone	
<b>Si ces renseignements changent, veuillez en informer le Gestionnaire des réclamations par écrit.</b>		
<b>Veuillez cocher les réponses pertinentes et fournir les renseignements supplémentaires demandés.</b>		
<b>Ajoutez des pages supplémentaires, s'il y a lieu.</b>		
<b>2 - RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ADMISSIBILITÉ</b>		
Habitez-vous au Québec le 1 <sup>er</sup> août 1998?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

J'affirme solennellement que (cochez toutes les cases appropriées) :	
<input type="checkbox"/>	je n'ai pas accepté ni convenu d'accepter d'indemnisation de Dow Corning ni d'aucune des Parties exonérées en ce qui a trait aux Implants mammaires Dow Corning (autre qu'en vertu de cette Convention de règlement).
<input type="checkbox"/>	je n'ai pas exonéré, par règlement, jugement, ordonnance du tribunal ou autrement, Dow Corning ni aucune des Parties exonérées en ce qui a trait aux Implants mammaires Dow Corning.
<input type="checkbox"/>	mon recours ou mes recours s'il y a lieu, contre Dow Corning et/ou les Parties exonérées en ce qui a trait aux Implants mammaires Dow Corning n'a pas été rejeté.

<b>3 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES CONTRE DOW CORNING</b>		
Si vous avez présenté une preuve de réclamation au Tribunal américain des faillites, quel est le numéro de votre dossier?		
Avez-vous été partie à une action en justice relativement à des implants mammaires (le recours collectif étant exclu) contre Dow Corning?		
	Non	
	Oui.	<p>Dans l'affirmative, veuillez donner les renseignements suivants au sujet de chaque action que vous avez entreprise et/ou que vous avez fait signifier; ajoutez des pages supplémentaires au besoin :</p> <p>Numéro de dossier de votre réclamation :</p> <p>Date du dépôt de la réclamation :</p> <p>Date de signification de la réclamation :</p> <p>Nom et adresse du Tribunal où la réclamation a été présentée :</p>
<b>4 - RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES IMPLANTS MAMMAIRES DOW CORNING</b>		
Veuillez inscrire ci-dessous la date et le lieu où vous avez reçu votre(vos) implant(s) mammaire(s) Dow Corning et, (si vous les connaissez), le nom et/ou le modèle de votre(vos) implant(s) mammaire(s) Dow Corning. Veuillez indiquer tant les implants au silicone que les implants à la solution saline.		
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle
<b>5 - RENSEIGNEMENTS AU SUJET D'AUTRES TYPES D'IMPLANTS MAMMAIRES</b>		
A	Veuillez inscrire ci-dessous la date et le lieu où vous avez reçu votre(vos) implant(s) mammaire(s) autres que les implants mammaires Dow Corning et (si vous les connaissez), le nom, le modèle et/ou le fabricant de votre(vos) implant(s).	
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle/Fabricant de l'implant
	Date	Ville, Province
		Nom/Modèle/Fabricant de l'implant
B	Avez-vous présenté une réclamation ou vous êtes-vous inscrite pour recevoir une indemnité d'un autre fabricant d'implant mammaire (p. ex. Bristol-Myers Squibb Company, Baxter Healthcare Corporation et Baxter International, Inc., ou d'un autre fabricant dans le cadre du recours américain présidé par l'Honorable juge Sam Pointer)?	
	Non	
	Oui	
		Dans l'affirmative, de quel fabricant?
		Dans l'affirmative, avez-vous reçu une indemnité ou votre demande a-t-elle été approuvée?

<b>6 -- RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES EN VERTU DE CETTE CONVENTION</b>	
<b>A</b>	<b>DEMANDE DE RÈGLEMENT EXPÉDITIF</b> : Désirez-vous présenter une demande de règlement expéditif, selon la définition donnée dans la Convention et à l'annexe A-2 de la Convention, en vue de recevoir un paiement de 2 000 \$ CAN, qui sera versé avant tout autre paiement en vertu des autres réclamations, plutôt que de présenter une Demande d'indemnisation pour une Condition médicale définie ou en raison d'une Rupture?
	Non
	Oui
<b>B</b>	<b>DEMANDE DE RÈGLEMENT EN RAISON D'UNE EXÉRÈSE</b> : Désirez-vous présenter une demande de règlement en raison d'une exérèse, selon la définition donnée dans la Convention et à l'annexe A-2 de la Convention, en vue de recevoir un paiement de 5 000 \$CAN? Vous pouvez présenter une telle réclamation en plus d'une Demande de règlement expéditif, mais vous ne pouvez présenter une telle réclamation si vous présentez une Demande d'indemnisation pour une Condition médicale définie ou en raison d'une Rupture.
	Non
	Oui
	Si vous avez coché l'option de demande de règlement en raison d'une exérèse, veuillez indiquer la date et l'endroit où a eu lieu l'exérèse. Si votre(vos) implant(s) ont été remplacés, veuillez fournir (si vous les connaissez), le nom, le modèle et/ou le fabricant de votre(vos) implant(s) de remplacement :
	Date de l'exérèse : Ville, province :
	Nom, modèle et/ou fabricant de l'implant de remplacement :
	Date de l'exérèse : Ville, province :
	Nom, modèle et/ou fabricant de l'implant de remplacement :
<b>C</b>	<b>DEMANDE DE RÈGLEMENT EN RAISON D'UNE RUPTURE</b> : Désirez-vous présenter une demande de règlement en raison d'une rupture, selon la définition donnée dans la Convention et à l'annexe A-2 de la Convention, en vue de recevoir un paiement de 12 000 \$CAN?
	Non
	Oui
<b>D</b>	<b>DEMANDE D'INDEMNISATION EN RAISON D'UNE CONDITION MÉDICALE DÉFINIE</b> : Désirez-vous présenter une demande d'indemnisation pour une Condition médicale définie, selon la définition donnée dans la Convention et à l'Annexe A-2 de la Convention? Dans l'affirmative, quelles sont les conditions médicales pour lesquelles vous présentez une réclamation? (Cochez toutes les cases pertinentes)
	<input type="checkbox"/> Sclérose/sclérodémie
	<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux
	<input type="checkbox"/> Syndrome d'affection neurologique atypique
	<input type="checkbox"/> Maladie des tissus connective mixte/syndrome de chevauchement
	<input type="checkbox"/> Polymyosite
	<input type="checkbox"/> Dermatomyosite
	<input type="checkbox"/> Syndrome primaire de Sjögren
	<input type="checkbox"/> Maladie des tissus connective atypique
	<input type="checkbox"/> Syndrome rhumatismal atypique
	<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune non spécifique

Si vous avez coché l'une des conditions médicales définies mentionnées précédemment, veuillez préciser :			
(i) le degré de gravité ou d'invalidité (selon la description de la Convention) pour laquelle vous présentez une réclamation (reportez-vous à votre attestation d'invalidité) :			
A	B	C	D (sclérose/sclérodermie/lupus seulement)
(ii) le nombre d'années qui s'est écoulé entre l'implantation et l'exérèse de l'implant mammaire Dow Corning :			
<b>7 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI SIGNE CETTE FORMULE</b>			
Je suis la personne mentionnée précédemment qui a reçu un Implant mammaire ou le gardien, le tuteur, le liquidateur testamentaire, l'administrateur ou le représentant nommé par le tribunal de la personne mentionnée précédemment (ou de sa succession).. Je signe ce Formulaire d'inscription et de réclamation pour m'inscrire aux bénéfices dans le cadre de la Convention de règlement du litige relatif aux implants mammaires Dow Corning au Québec. <b>Je joins à ce Formulaire d'inscription et de réclamation, conformément à la Convention, les documents qui suivent</b> (cochez toutes les cases appropriées) :			
<input type="checkbox"/> Pièces médicales justificatives			
<input type="checkbox"/> Documents d'identification du produit			
<input type="checkbox"/> Certificat du procureur indépendant ayant donné un avis juridique (Si vous êtes représentée par un procureur, il doit présenter un tel certificat au sujet de votre réclamation).			
<input type="checkbox"/> Affidavit du Membre du groupe visé par le règlement non représenté (À soumettre si vous n'êtes pas représenté par un procureur.)			
<input type="checkbox"/> Exonération de Dow Corning et des parties exonérées			
Si vous êtes le représentant d'une réclamante et non la réclamante elle-même, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nom :			
Adresse postale :			
N° téléphone :			
Je déclare, sous peine de poursuite, que les renseignements fournis dans ce Formulaire sont, pour autant que je sache et au meilleur de ma connaissance, exacts, véridiques et complets.			
Date		Signature de la Réclamante ou de son représentant	

**CONVENTION DE RÈGLEMENT DU LITIGE RELATIF AUX IMPLANTS MAMMAIRES DOW  
CORNING AU QUÉBEC**

<b>8 – AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX</b>		
	Conformément à cette directive, j'autorise et donne instructions par la présente de remettre au Gestionnaire des réclamations de la Convention de règlement du litige relatif aux implants mammaires Dow Corning au Québec toute information médicale ou tout dossier médical que vous possédez au sujet (1) de l'identification des fabricants de mes implants mammaires; (2) de toute chirurgie relative à mes implants mammaires; (3) de toutes blessures, maladies et autres problèmes médicaux qui résulteraient prétendument de mes implants mammaires; et (4) des blessures, maladies et tous autres problèmes médicaux survenus avant l'implantation de mes implants mammaires. Le présent document vous donne l'autorité suffisante pour divulguer de telles informations.	
	Date de signature	Réclamante ou représentant