

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION RELATIF AU MÉDICAMENT MIRAPEX<sup>MD</sup>****INSTRUCTIONS**

Les présentes instructions constituent des lignes directrices pour soumettre des réclamations dans le cadre de l'Entente de règlement relative au Mirapex<sup>MD</sup>.

Pour qu'un membre du groupe puisse établir son droit à une compensation aux termes de l'Entente, une réclamation complète doit être soumise à l'Administrateur, laquelle doit comprendre :

- le Formulaire de réclamation rempli et signé;
- la preuve de l'utilisation du Mirapex<sup>MD</sup> avant le **13 juillet 2011**;
- les Éléments de Preuve de Pertes de jeu;
- les Éléments de Preuve de Répercussions sur la Qualité de la Vie;
- tous les autres documents requis dont il est question aux présentes.

**Les réclamations documentées doivent être soumises à l'Administrateur au plus tard le 17 FÉVRIER 2012, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante :**

**Collectiva Services en recours collectifs inc.**  
285, Place D'Youville, bureau 9  
Montréal (QC) H2Y 2A4

**Les membres du groupe sont liés par les modalités de l'Entente et ils ne peuvent déposer d'autre réclamation ni tenter d'autre poursuite, ou maintenir celles-ci, le cas échéant, contre la Défenderesse, Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée (BICL) ou contre les autres Parties Quittancées liées de quelque façon que ce soit au Mirapex<sup>MD</sup>, sauf s'ils s'excluent du recours (l'« exclusion »).** Le membre du groupe qui souhaite s'exclure doit remplir le Formulaire d'exclusion et le soumettre à l'Administrateur des réclamations au plus tard à la date d'expiration du délai d'exclusion **le 2 MARS 2012**. Les formulaires d'exclusion sont disponibles au [www.collectiva.ca](http://www.collectiva.ca). Un exemplaire peut également être demandé par courrier ou par téléphone. Le membre du groupe qui s'exclut **NE PEUT PAS** déposer de Formulaire de réclamation aux termes du règlement.

Les membres du groupe qui ne se sont pas retirés et qui ne soumettent pas à l'Administrateur de réclamation complète au plus tard le **17 FÉVRIER 2012 renoncent à jamais à leur droit d'obtenir des avantages aux termes de l'Entente et ils ne disposeront plus d'aucun droit d'intenter une poursuite contre les Parties Quittancées, à jamais.**

Le membre du groupe qui a besoin d'aide ou de conseils pour remplir le Formulaire de réclamation ou qui a des questions liées aux réclamations peut retenir les services d'un conseiller juridique, à ses propres frais, ou communiquer avec l'Administrateur, sans frais, au 1-800-287-8587 ou à [info@collectiva.ca](mailto:info@collectiva.ca). **Les réclamants qui retiennent les services d'un conseiller juridique pour présenter leur réclamation aux termes de l'Entente sont seuls responsables des honoraires et débours de ce conseiller.**

Les réclamants peuvent communiquer avec l'Administrateur et obtenir des formulaires en français ou en anglais. Les réclamants (ou leur conseiller juridique) doivent aviser l'Administrateur de toute modification ou toute correction apportée à leur adresse, leur nom, leur numéro de téléphone ou leur représentation légale.

**Veillez conserver des copies de tous les documents que vous envoyez à l'Administrateur.** Remplir le formulaire et rassembler tous les documents requis prend du temps. **VEUILLEZ AGIR DÈS MAINTENANT.** N'attendez pas les dernières semaines précédant l'expiration de la période de réclamation.

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION RELATIF AU MÉDICAMENT MIRAPEX<sup>MD</sup>

### Partie 1 — Identification du réclamant

Je présente une réclamation en tant que :

Membre du groupe (la personne ayant utilisé le Mirapex<sup>MD</sup>)

Représentant d'un membre du groupe (la personne qui est le représentant légal d'un membre du groupe décédé, mineur et/ou frappé d'une autre incapacité juridique, et ayant utilisé le Mirapex<sup>MD</sup>)

### Partie 2 — Identification du membre du groupe

Nom du membre du groupe \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Casier postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de décès (le cas échéant) : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Certificat officiel de décès joint

Téléphone résidentiel \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

### Partie 3 — Identification du représentant du réclamant

Cette partie doit être remplie seulement si la personne soumettant la réclamation est le représentant d'un membre du groupe. La preuve du pouvoir d'agir en tant que représentant du membre du groupe DOIT être fournie. Avant de remplir la présente partie, les sections 1 et 2 DOIVENT être remplies afin que le membre du groupe représenté puisse être identifié.

Je fais une demande pour le compte :

d'un membre du groupe qui est mineur (moins de 18 ans)

Veillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (par exemple, le certificat de naissance, le certificat de baptême, une ordonnance du tribunal ou une autre preuve de tutelle).

d'un membre du groupe frappé d'incapacité juridique

Veillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (par exemple, votre procuration).

de la succession d'un membre du groupe

Veillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (par exemple, le testament).

Nom du représentant du réclamant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Casier postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

#### **Partie 4 — Identification du représentant légal**

Cette partie doit être remplie SEULEMENT si le réclamant est représenté par un conseiller juridique.

Nom du cabinet d'avocats \_\_\_\_\_

Nom de l'avocat \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_

**NOTE :** Si la partie 4 ci-dessus est remplie, toute la correspondance sera envoyée au représentant légal, qui doit aviser l'Administrateur de tout changement à l'adresse postale. Si le réclamant change de représentant légal ou cesse de retenir les services d'un représentant légal, il doit en aviser par écrit l'Administrateur et l'ancien représentant légal.

**Partie 5 — Prescription et consommation du médicament Mirapex<sup>MD</sup>**

Veillez indiquer les dates auxquelles le réclamant a consommé du Mirapex<sup>MD</sup> : \_\_\_\_\_

Veillez fournir des éléments de preuve quant à l'utilisation du Mirapex<sup>MD</sup>, à savoir l'un des types de documents indiqués ci-dessous :

a) des dossiers de pharmacie reflétant la délivrance du Mirapex<sup>MD</sup> au membre du groupe;

**OU**

b) des dossiers d'assurance reflétant l'achat du Mirapex<sup>MD</sup> par le membre du groupe;

**OU**

c) des dossiers médicaux reflétant la prescription du Mirapex<sup>MD</sup>.

Veillez indiquer le nom, l'adresse et la spécialité du médecin traitant du réclamant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le réclamant a-t-il été diagnostiqué comme ayant la maladie ou le syndrome suivant?

\_\_\_\_\_ La maladie de Parkinson      \_\_\_\_\_ Le syndrome des jambes sans repos

Veillez indiquer si le réclamant a consommé d'autres médicaments agonistes de la dopamine comme le Requip et/ou le Permax et, dans l'affirmative, les dates de consommation :

\_\_\_\_\_

Le réclamant a-t-il cessé d'utiliser le Mirapex<sup>MD</sup>? Dans l'affirmative, à quelle date? \_\_\_\_\_

**Partie 6 — Perte de jeu**

*Dans l'Entente de règlement, le terme « Jeu » est défini comme étant « toute forme de pari comportant un risque de pertes d'argent, à l'exclusion de toute forme d'activités commerciales ou d'activités d'investissement ou de négociation de valeurs mobilières ».*

*Dans l'Entente de règlement, le terme « Perte de jeu » est défini comme étant « la perte financière nette subie par un réclamant par suite de ses activités de jeu ».*

Veuillez indiquer la valeur de la Perte de jeu pour laquelle le réclamant cherche à obtenir une indemnisation :

\_\_\_\_\_ \$

À quelle sorte d'activités de jeu le réclamant s'est-il adonné (par exemple, machines à sous, billets de loterie, jeux en ligne, etc.)?

\_\_\_\_\_

Quand les activités de jeu ont-elles eu lieu? Veuillez indiquer les dates précises auxquelles le réclamant s'est adonné au jeu :

\_\_\_\_\_

Dans quel établissement ou quel site les activités de jeu ont-elles eu lieu (par exemple, au casino, dans un bar, sur un site Web, etc.)? Veuillez indiquer tous les établissements et tous les sites dans lesquels le réclamant s'est adonné au jeu :

\_\_\_\_\_

### **Partie 7 — Éléments de Preuve de Pertes de jeu**

#### **VEUILLEZ JOINDRE À LA PRÉSENTE RÉCLAMATION ET SOUMETTRE TOUS LES ÉLÉMENTS DE PREUVE REQUIS À L'APPUI DE PERTES DE JEU.**

*Dans l'Entente de règlement, l'expression « Éléments de Preuve de Pertes de jeu » est définie comme étant « tout document lié à des activités de jeu ou à des pertes de jeu, et tout élément de preuve selon lequel des sommes ont été dépensées dans des établissements de jeu ou dans des sites de jeu, et tout document prouvant des pertes financières attribuables au jeu ».*

Pour être admissible à obtenir compensation aux termes de l'Entente, le réclamant doit fournir l'un des types de documents suivants dans lesquels les retraits de sommes d'argent liés au jeu et aux établissements ou aux sites de jeu sont identifiés (par exemple, texte surligné ou souligné) par le réclamant, et ce, pour les deux années précédant l'utilisation du Mirapex<sup>MD</sup> et pendant l'utilisation du Mirapex<sup>MD</sup> :

- des relevés bancaires;
- des relevés de REER;
- des relevés de ligne de crédit;
- des relevés de carte de crédit.

### **Partie 8 — Répercussions sur la Qualité de la Vie**

Veillez indiquer les répercussions sur la Qualité de la Vie qu'a subies le réclamant pendant son utilisation du Mirapex<sup>MD</sup> :

\_\_\_\_\_ la faillite;

\_\_\_\_\_ une thérapie pour le Jeu;

\_\_\_\_\_ une dégradation importante de ses relations avec les membres de sa famille.

Veillez indiquer les dates relatives à ces événements, lorsqu'elles sont disponibles : \_\_\_\_\_

## **Partie 9 — Éléments de Preuve de Répercussions sur la Qualité de la Vie**

**VEUILLEZ JOINDRE À LA PRÉSENTE RÉCLAMATION ET SOUMETTRE TOUS LES ÉLÉMENTS DE PREUVE REQUIS À L'APPUI DE RÉPERCUSSIONS SUR LA QUALITÉ DE LA VIE.**

Pour être admissible à obtenir réparation aux termes du règlement, le réclamant doit fournir l'un des types de documents suivants dans lesquels il est indiqué qu'il a subi une ou plusieurs Répercussions sur la Qualité de la Vie :

- des dossiers médicaux;
- des notes d'un médecin;
- des dossiers d'un tribunal;
- la déclaration d'un médecin;
- tout autre document écrit.

## **Partie 10 — Déclaration du réclamant**

Le soussigné consent par les présentes à la communication des renseignements figurant aux présentes dans la mesure nécessaire au traitement de la présente réclamation pour compensation. Le soussigné reconnaît et comprend que le présent Formulaire de réclamation est un document officiel de la Cour, homologué par la Coursaisi du règlement; soumettre le présent Formulaire de réclamation à l'Administrateur est comme le déposer auprès de la Cour.

Le réclamant accepte également des modalités énoncées aux articles 17.3 à 17.7 de l'Entente de règlement, reproduites ci-dessous :

*17.1 Les Procureurs du Groupe sont autorisés à fournir de l'information relative à toute Réclamation à BICL, étant entendu que les discussions entre BICL et les Procureurs du Groupe sont confidentielles.*

*17.2 La Demanderesse, les Procureurs du Groupe et les Réclamants traiteront toute communication avec BICL de manière confidentielle et maintiendront la confidentialité des faits et des circonstances donnant lieu au Recours ainsi que des sommes mentionnées dans le cours des négociations de règlement.*

*17.3 Si une Partie tierce souhaite s'informer du Recours ou d'une Réclamation, la Demanderesse, les Procureurs du Groupe et les Réclamants doivent répondre uniquement que le Recours a été réglé.*

*17.4 Ni la Demanderesse ni les Procureurs du Groupe ou les Réclamants ne communiqueront, publieront ou feront publier sur quelque forum public, électronique, en ligne ou d'affaires que ce soit quelque commentaire qu'il soit verbal ou écrit, visant à dénigrer BICL, Pfizer ou leurs affiliés respectifs.*

*17.5 Les Parties conviennent qu'une violation des articles 17.3, 17.4, 17.5 ou 17.6 peut faire l'objet d'un recours en droit, y compris une action ou autre procédure intentée contre la partie fautive. Tout membre du Groupe qui contrevient aux articles 17.3, 17.4, 17.5 ou 17.6 sera déchu de ses droits aux termes de l'Entente de règlement et devra rendre à BICL les sommes obtenues aux termes de l'Entente de Règlement.*



**Le réclamant reconnaît et convient qu'il ne pourra pas déposer de réclamation (outre la présente réclamation aux termes de l'Entente de règlement) ni tenter d'autre poursuite, ou maintenir de telles poursuites, le cas échéant, contre la défenderesse, Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée (BICL) ou contre les autres Parties Quittancées liées de quelque façon que ce soit au Mirapex<sup>MD</sup>.**

**APRÈS AVOIR PASSÉ EN REVUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION, LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE, SOUS PEINE DE PARJURE, QU'AU MEILLEUR DE SA CONNAISSANCE, LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.**

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant

Date \_\_\_\_\_

Nom du réclamant en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Adresse du réclamant en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant du réclamant

Date \_\_\_\_\_

Nom du représentant en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Adresse du représentant en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

