

**FORMULAIRE D'EXCLUSION**  
**Strictement privé et confidentiel**

**LE PRÉSENT FORMULAIRE CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS AU SUJET DE VOS DROITS. VEUILLEZ LIRE LE FORMULAIRE EN ENTIER ET EN SUIVRE LES INSTRUCTIONS ATTENTIVEMENT.**

**SI VOUS VOULEZ VOUS EXCLURE DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT RELATIVE AU MÉDICAMENT MIRAPEX<sup>MD</sup>, VOUS DEVEZ REMPLIR 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 2 MARS 2012.**

**LE PRÉSENT FORMULAIRE D'EXCLUSION NE SERA PAS VALIDE S'IL N'EST PAS CORRECTEMENT ET COMPLÈTEMENT REMPLI. POUR ÊTRE CORRECTEMENT ET COMPLÈTEMENT REMPLI, UN FORMULAIRE D'EXCLUSION DOIT INCLURE LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS, Y COMPRIS UNE MENTION DU MONTANT TOTAL DES PERTES NETTES SUBIES.**

Le présent formulaire **N'EST PAS** un Formulaire de réclamation. Le présent formulaire vous permet de vous **EXCLURE** de l'Entente de règlement relative au médicament MIRAPEX<sup>MD</sup>. N'utilisez **PAS** le présent formulaire si vous souhaitez demander une compensation aux termes de l'Entente de règlement relative au médicament MIRAPEX<sup>MD</sup>.

Si vous vous excluez, vous **NE** pourrez **PAS** faire de réclamation dans le cadre de l'Entente. Les conséquences de la remise du présent Formulaire d'exclusion sont expliquées dans l'Avis d'approbation du règlement. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser ou de remplir le présent formulaire, communiquez avec votre avocat ou avec l'Administrateur aux coordonnées suivantes :

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 les modalités de l'Entente de règlement relative au médicament MIRAPEX<sup>MD</sup> et le présent formulaire, l'Entente de règlement a préséance. Le texte intégral de l'Entente de règlement relative au médicament MIRAPEX<sup>MD</sup> peut être consulté au [www.collectiva.ca](http://www.collectiva.ca).

**Partie 1 — Identification personnelle - à remplir dans tous les cas**

Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'app. (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ Casier postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone le jour (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

Numéro de téléphone le soir (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

Numéro de télécopieur (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

**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 (p. ex. 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 et nommer le principal réclamant au nom duquel vous êtes autorisé à présenter une réclamation. Vous **DEVEZ** également joindre une copie de l'approbation du tribunal ou de tout autre instrument vous autorisant à représenter le membre du groupe nommé à la partie 1 ci-dessus.

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

Un mineur (de moins de 18 ans)	Veillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom du mineur, p. ex. une copie du certificat de naissance ou de baptême.
Une personne frappée d'une incapacité juridique	Veillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom de la personne frappée d'une incapacité juridique.
Une succession	Veillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom de la succession, p. ex. une copie du testament.
Lien avec le membre du groupe	Parent ayant la garde Administrateur en litige Représentant personnel

Prénom du représentant \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'app. (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ Casier postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone le jour (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

Numéro de téléphone le soir (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

Numéro de télécopieur (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

**Partie 3 – Identification de l'avocat**

La présente partie doit être remplie uniquement si vous ou le membre du groupe avez retenu les services d'un avocat dans le cadre d'une réclamation liée à l'utilisation du médicament Mirapex<sup>MD</sup> par le membre du groupe. Toute la correspondance sera envoyée à votre avocat, qui doit aviser l'Administrateur des réclamations en cas de changement d'adresse postale. Si vous changez de représentant légal, vous devez remettre à l'Administrateur des réclamations un avis écrit contenant les nouveaux renseignements.

Nom du cabinet d'avocats _____
Nom de l'avocat _____ Nom de famille de l'avocat _____
Adresse _____ Casier postal _____
Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____
Numéro de téléphone de l'avocat (____)-____-_____
Numéro de télécopieur de l'avocat (____)-____-_____

**Partie 4 – 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 compensation aux termes de l'Entente de règlement relative au médicament Mirapex<sup>MD</sup>?

Oui Non
------------

**Partie 5 – à remplir dans tous les cas**

**SI** vous avez répondu dans l'affirmative à la partie 4, veuillez expliquer pourquoi vous estimez que vous (ou le membre du groupe) devriez avoir droit à une compensation aux termes de l'Entente de règlement relative au médicament Mirapex<sup>MD</sup>?

---



---



---



---



---

(Cochez (✓) les cases appropriées)

<b>1. Réclamation au titre de pertes de jeu?</b>	Oui	Non (Cochez (✓) seulement une case)
Type de jeu	Casino	
	En ligne	
	Autre (précisez) :	
	_____	
<b><u>Montant total des pertes nettes subies (après déduction des gains)</u></b>	_____	\$ CA

**2. Réclamation au titre de répercussions sur la Qualité de la Vie?**

Oui Non (Cochez (✓) seulement une case)

Fournissez une brève description des répercussions alléguées :

---

---

---

**3. Autres réclamations?**

Oui Non (Cochez (✓) seulement une case)

Fournissez une brève description :

---

---

---

**Partie 6 – Autres actions ou réclamations - à remplir dans tous les cas**

Si vous êtes partie à un autre litige concernant le Mirapex<sup>MD</sup>, veuillez fournir une brève description :

**Partie 7 – Acceptation et confirmation - à remplir dans tous les cas**

**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 sur les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire. J'ai examiné attentivement les renseignements fournis dans le présent formulaire et je confirme que ces renseignements (y compris le montant total des pertes nettes réclamé) 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 compensation aux termes de l'Entente de règlement relative au médicament MIRAPEX<sup>MD</sup>. Je comprends en outre qu'en conséquence de mon exclusion, tous les représentants personnels, qui pourraient par ailleurs présenter une réclamation aux fins de réparation, sont réputés s'être exclus également.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AA)