

ANNEXE A

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR LE MÉDICAMENT REQUIP

INSTRUCTIONS

Les présentes instructions constituent des lignes directrices pour soumettre une réclamation dans le cadre du règlement du recours collectif pour le médicament REQUIP.

Afin d'établir son droit à une indemnité, un membre du groupe doit soumettre à l'administrateur les documents qui suivent :

- *le formulaire de réclamation rempli et signé;*
- *la preuve de l'utilisation du REQUIP avant le 4 septembre 2014;*
- *les preuves de pertes de jeu avant le 10 août 2009;*
- *les preuves de répercussions sur la qualité de la vie avant le 10 août 2009;*
- *tous les autres documents requis dont il est question aux présentes.*

Le tout doit être soumis à l'administrateur au plus tard le 21 avril 2015, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante :

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

Le membre du groupe qui a besoin d'aide pour remplir le formulaire peut communiquer avec l'administrateur, sans frais, au 1-800-287-8587 ou à info@collectiva.ca. Le membre qui retient les services d'un avocat pour présenter sa réclamation est seul responsable des honoraires et débours de celui-ci.

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.

Partie 1 : Identification du réclamant

Je présente une réclamation en tant que :

- Membre du groupe (la personne ayant utilisé le REQUIP)
- Représentant d'un membre du groupe (le représentant de la succession d'un membre du groupe, mineur et/ou frappé d'une autre incapacité juridique)

Partie 2 : Identification du membre du groupe

Nom du membre : _____

Adresse : _____

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

Date de décès, le cas échéant (jj/mm/aaaa) : _____
(Veuillez fournir une copie du certificat de décès)

Téléphone le jour : _____ Téléphone le soir : _____

Télocopieur : _____ Adresse courriel : _____

Partie 3 : Identification du représentant d'un membre du groupe

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 doit être fournie. Les Parties 1 et 2 doivent être remplies afin que le membre du groupe représenté puisse être identifié.

Nom du représentant : _____

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

Adresse : _____

Téléphone le jour : _____ Téléphone le soir : _____

Télocopieur : _____ Adresse courriel : _____

Je fais une demande pour :

- Un membre du groupe 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 ordonnance du tribunal ou une autre preuve de tutelle.

- Un membre frappé 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.

- La succession d'un membre du groupe.

Veuillez joindre une copie de l'instrument attestant votre pouvoir d'agir au nom de la succession, par exemple une copie du testament.

Partie 4 : Identification de l’avocat

Cette partie doit être remplie seulement si le membre du groupe est représenté par un avocat. Le cas échéant, la correspondance sera envoyée à l’avocat.

Cabinet d’avocats : _____

Nom de l’avocat : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____

Partie 5 : Prescription et consommation du médicament REQUIP

Dates auxquelles le membre du groupe a consommé du REQUIP :

Veillez fournir des preuves quant à l’utilisation du REQUIP, à savoir :

- a) *dossiers de pharmacie reflétant la délivrance du REQUIP au membre du groupe; ou*
- b) *dossiers d’assurance reflétant l’achat du REQUIP par le membre du groupe; ou*
- c) *dossiers médicaux reflétant la prescription du REQUIP.*

Nom de du médecin traitant : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Le membre du groupe 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 membre du groupe a consommé d'autres médicaments agonistes de la dopamine comme le Mirapex et/ou le Permax et, dans l'affirmative, les dates de consommation :

Le membre du groupe a-t-il cessé d'utiliser le REQUIP? Dans l'affirmative, à quelle date?

Partie 6 : Perte de jeu avant le 10 août 2009

Dans le règlement, le terme « jeu » est défini comme étant « toute forme de pari comportant un risque de perte monétaire, à l'exclusion de toute forme d'activités commerciales, d'activités d'investissement, de négociation de valeurs mobilières ou d'achats de billets de loterie ».

Veillez indiquer la valeur de la perte financière avant le 10 août 2009 résultant du jeu pour laquelle le membre du groupe cherche à obtenir une indemnisation :

_____ \$

À quelle sorte d'activités de jeu le membre du groupe s'est-il adonné (par exemple, machines à sous, jeux en ligne)?

Quand les activités de jeu ont-elles eu lieu? Veillez indiquer les dates précises auxquelles le membre du groupe 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)? Veillez indiquer tous les établissements et tous les sites dans lesquels le membre du groupe s'est adonné au jeu :

Partie 7 : Preuves de pertes de jeu

Pour être admissible à obtenir une indemnité, le membre du groupe doit fournir des documents permettant d'établir que 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. En voici quelques exemples :

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

Ces documents doivent être au compte du membre du groupe uniquement. Ils doivent démontrer les retraits de sommes d'argent liés au jeu dans des établissements ou sites de jeu identifiés par le membre du groupe, et ce, pour les deux années précédant l'utilisation du REQUIP et pendant l'utilisation du REQUIP. *Veillez surligner ou souligner les retraits liés au jeu.*

Partie 8 : Répercussions sur la qualité de la vie avant le 10 août 2009

Veillez indiquer les répercussions sur la qualité de la vie survenues avant le 10 août 2009 qu'a subies le membre du groupe pendant son utilisation du REQUIP :

- faillite suite au jeu;
- thérapie pour le jeu;
- dégradation importante de ses relations avec les membres de sa famille, suite au jeu;
- hypersexualité;
- compulsions alimentaires;
- achats compulsifs;
- dépendance à l'internet;
- autre trouble du contrôle des impulsions. Si oui, indiquer : _____.

Veillez indiquer les dates relatives à ces événements :

Partie 9 : Preuves de répercussions sur la qualité de la vie

Veillez joindre à la présente réclamation toutes les preuves requises à l'appui de répercussions sur la qualité de la vie, comme, par exemple :

- *dossier médical;*
- *notes d'un médecin;*
- *dossier d'un tribunal;*
- *déclaration d'un médecin;*
- *déclaration assermentée d'un tiers;*
- *tout autre document pertinent.*

Partie 10 : Déclaration du réclamant

Le soussigné consent à la communication des renseignements mentionnés aux présentes pour le traitement de la réclamation. Le soussigné reconnaît et comprend que le formulaire de réclamation est un document officiel de la Cour, homologué par la Cour saisie du règlement; soumettre le formulaire de réclamation à l'administrateur est comme le déposer auprès de la Cour.

Le soussigné reconnaît et convient qu'il ne pourra pas tenter d'autre poursuite, ou maintenir de telles poursuites, le cas échéant, contre GlaxoSmithKline inc. ou contre les autres parties quittancées liées de quelque façon que ce soit au REQUIP.

Le soussigné déclare qu'au meilleur de sa connaissance les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation sont véridiques et exacts.

Signature du membre du groupe

Date (jj/mm/aaaa)

OU

Signature du représentant
du membre du groupe

Date (jj/mm/aaaa)