

Formulaire d'exclusion

Règlement Canadien Concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone

Ce document N'EST PAS un formulaire de réclamation. Ce formulaire permet d'EXCLURE les membres de votre famille ainsi que vous-même du règlement canadien concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone. Veuillez NE PAS utiliser ce formulaire si vous désirez faire une réclamation une indemnité en vertu du règlement canadien concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone.

Sauf indication contraire, les termes en majuscule ont la signification indiquée dans le règlement.

Pour valoir comme choix valide d'Exclusion du règlement canadien concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone, le présent formulaire d'exclusion doit être rempli, signé et reçu par l'Administrateur des réclamations **au plus tard le 26 janvier 2021**.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire par les membres du groupe qui désirent s'exclure du recours collectif sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des réclamations conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, L.C. 2000, c. 5 (« LPRPDE »):

- Afin d'identifier et de tenir un dossier sur les membres du Groupe qui choisissent de s'exclure du règlement canadien concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone conformément aux dispositions de l'Entente de règlement et de toute Ordonnance du tribunal s'y rattachant.

Les renseignements recueillis dans ce formulaire seront conservés sur une base privée et confidentielle et ne seront pas communiqués sans avoir obtenu un consentement exprès et écrit, sauf tel qu'il est prévu aux présentes et dans l'entente de règlement.

Veillez lire le formulaire en entier et suivre attentivement les instructions qui y sont consignées.

I. Renseignements personnels

Veillez fournir les renseignements suivants vous concernant ou, si vous remplissez le présent Formulaire d'exclusion à titre de représentant légal d'un membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de ce membre du groupe.

Prénom

Initiales des autres prénoms

Nom de famille

Adresse municipale

N° d'app.

Ville

Province/Territoire

Code postal

Numéro de téléphone le jour	Numéro de téléphone le soir	Sexe (encerclez un choix)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance	Date du décès (le cas échéant)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Médicament(s) utilisé(s) (cochez tous ce qui s'y rapporte):	<input type="checkbox"/> ACTOS®	<input type="checkbox"/> APO-Pioglitazone	<input type="checkbox"/> SANDOZ-Pioglitazone
Date(s) d'utilisation:			
<input type="text"/>			

II. Renseignements sur le représentant légal (le cas échéant):

Si vous remplissez ce Formulaire d'exclusion à titre de représentant légal d'un membre du groupe ou de la succession d'un membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants à votre sujet et joindre une copie de l'autorisation de la cour vous concernant ou toute autre autorisation qui vous a été accordée afin de représenter le membre du groupe identifié à la section I. ci-dessus.

Prénom	Initiales des autres prénoms	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse municipale		N° d'app.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ville	Province/Territoire	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone le jour	Numéro de téléphone le soir	Lien avec le membre du groupe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez joindre une copie de l'ordonnance de la cour ou tout autre document officiel établissant que vous êtes le représentant légal dûment autorisé du membre du groupe, et cochez la case ci-dessous décrivant le statut du membre du groupe:

- Mineur (ordonnance de la cour nommant le tuteur, ou ordonnance de garde ou ordonnance de tutelle légale aux biens, s'il y a lieu, ou déclaration sous serment de la personne qui a la garde du mineur);
- Personne frappée d'incapacité mentale (copie d'une procuration perpétuelle relative aux biens ou du certificat de tutelle légale);
- Succession d'une personne décédée (lettres d'homologation, lettres d'administration ou certificat de nomination en tant que fiduciaire testamentaire).

III. Renseignements sur les procureurs (le cas échéant):

Si vous ou le membre du groupe avez retenu les services d'un avocat relativement à une réclamation découlant de l'utilisation des médicaments ACTOS^{MD} et/ou La Pioglitazone par le membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de l'avocat:

Nom du cabinet d'avocats

Prénom de l'avocat

Nom de famille de l'avocat

Numéro de téléphone de l'avocat

IV.

Pourquoi est-ce que vous (ou le membre du groupe, si vous êtes le représentant légal du membre du groupe) voulez-vous exclure?

V. Acceptation et reconnaissance

J'ai lu ce qui précède et je comprends qu'en m'excluant, je ne serai jamais admissible à recevoir quelque indemnité que ce soit en vertu du règlement canadien visant les médicaments ACTOS^{MD} et/ou La Pioglitazone. Je comprends en outre qu'en m'excluant, tous mes représentants personnels et les membres de ma famille qui pourraient autrement présenter une demande d'indemnisation sont aussi réputés s'être exclus également.

Signature (membre du groupe ou exécutif, administrateur ou représentant personnel)

Date de signature

Pour valoir comme choix valide d'exclusion des poursuites, le présent formulaire doit être rempli, signé et reçu transmis à l'administrateur des réclamations à l'adresse mentionnée ci-dessous par courrier ordinaire, messagerie ou télécopieur et reçu par l'administrateur des réclamations **au plus tard le 26 janvier 2021**.

Si vous avez des questions sur l'utilisation de ce Formulaire d'exclusion ou sur la manière de le remplir, veuillez communiquer avec votre avocat ou par courrier électronique à l'adresse piosettlement@classaction2.com. Tous les Formulaires d'exclusion doivent être soumis à l'Administrateur des réclamations, dont voici les coordonnées:

**À l'attention de : règlement canadien concernant
ACTOS^{MD}/La Pioglitazone
c/o CA2 Inc.
9 Prince Arthur Avenue
Toronto, Ontario M5R 1B2**

LES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DEMEURERONT CONFIDENTIELS