

ACTION COLLECTIVE CONCERNANT LES DCI DE ST. JUDE

FORMULAIRE D'EXCLUSION

www.stjudeicdclaim.ca

Ceci N'EST PAS un formulaire de réclamation. En remplissant le présent FORMULAIRE D'EXCLUSION, **vous vous excluez** de l'action collective et vous ne toucherez aucune indemnité découlant du règlement ou du jugement rendu dans l'action collective.

Les formulaire d'exclusion doivent être soumis à l'Administrateur des réclamations **au plus tard le 19 juillet 2019.**

Vous pouvez également soumettre un formulaire d'exclusion par courriel à info@stjudeicdclaim.ca. Les formulaire d'exclusion qui sont envoyés par la poste doivent porter la marque postale de Poste Canada **au plus tard le 19 juillet 2019.**

SECTION A – IDENTIFICATION DU MEMBRE DU GROUPE

Vous **devez** cocher une (1) des boîtes ci-dessous :

Je suis la **personne à qui un défibrillateur a été implanté** (« membre de la classe patient »)

OU

Je suis **le plus proche parent d'une personne décédée** à qui un défibrillateur a été implanté (« membre de la classe dérivé») – *exemple : le conjoint, l'enfant, le parent*

Important: Si vous êtes un membre de la classe dérivé vous **devez** fournir l'information suivante :

Nom complet du membre de la classe patient

Date de décès du membre de la classe patient

Leur décès était-il lié à l'épuisement prématuré de la pile du défibrillateur ? Oui / Non

Poursuivez à la page 2

**ACTION COLLECTIVE CONCERNANT LES DCI DE ST. JUDE
FORMULAIRE D'EXCLUSION**

SECTION B – NOM DU MEMBRE DU GROUPE ET INFORMATIONS DE CONTACT		
Prénom	Nom de famille	
Adresse complète		
Ville	Province	Pays
Code Postal		
Numéro de téléphone		
Courriel		

SECTION C – INFORMATIONS REQUISES DU PATIENT		
Numéro d'assurance-maladie provincial de la personne à qui un défibrillateur a été implanté		
Marque du défibrillateur	Modèle du défibrillateur	Numéro de série du défibrillateur
La date et le lieu de l'implantation		
Le cas échéant, la date et le lieu de quand/ou le défibrillateur a été remplacé ou explanté.		

Poursuivez à la page 3

ACTION COLLECTIVE CONCERNANT LES DCI DE ST. JUDE FORMULAIRE D'EXCLUSION

SECTION D – RAISON POUR L'EXCLUSION (OPTIONELLE)

Veillez expliquer la raison pour laquelle vous vous excluez.

SECTION E – DÉCLARATION D'EXCLUSION

Je, _____ comprends qu'en m'excluant, je confirme que **je ne souhaite pas participer** à l'action collective concernant les DCI de St. Jude.

Je comprends que si je souhaite intenter ma propre action, elle doit être intentée dans un délai précis, ou elle sera légalement interdite, et qu'on m'a recommandé d'obtenir des conseils juridiques indépendants au sujet de mes droits à cet égard.

Je comprends que le délai s'est arrêté au moment du dépôt de l'action collective le 30 mars 2017, mais qu'il recommencera à mon égard si je m'exclus de l'action collective.

Je comprends qu'en m'excluant, j'assume l'entière responsabilité de la reprise de tout délai et de prendre toutes les mesures juridiques nécessaires pour protéger toute réclamation que je pourrais avoir contre les défenderesses.

Je comprends qu'en m'excluant, ne participerai pas à la présente action collective et je conserverai tous les droits que je pourrais avoir de poursuivre les défenderesses moi-même. Je comprends que je ne serai pas lié par aucune ordonnance ni aucun autre jugement dans cette action collective et je n'obtiendrai aucune compensation ni indemnité dans le cadre de la présente action collective ou d'un règlement.

Signature

Date

Signature d'un témoin

Date

Les formulaire d'exclusion doivent être soumis à l'Administrateur des réclamations
au plus tard le 19 juillet 2019.

Les services d'actions collectives Epiq Canada
Attention: L'Administrateur des réclamations pour l'action collective concernant les DCI de St. Jude
C.P. Nelson 20187 – 322 rue Rideau
Ottawa (ON) K1N 5Y5
Télécopieur : 1-866-262-0816
Courriel : info@stjudeicdclaim.ca