

Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

www.stjudeicdclaim.ca

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE

Pour recevoir une indemnisation du fonds de règlement, chaque **membre du groupe de la classe dérivée** doit soumettre ce formulaire de réclamation dûment rempli à l'Administrateur des réclamations, accompagné de toute la documentation justificative **au plus tard le 10 janvier 2020, à 23h59 HAE.**

Les réclamations tardives ne seront ni acceptées ni valides.

Les membres du groupe de la classe dérivée sont toutes les personnes qui étaient à la charge d'un membre du groupe de la classe patient en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*, LRO 1990 c F 3 ou d'une législation similaire dans toute province ou tout territoire du Canada.

INSTRUCTIONS DE SOUMISSION

Il existe **quatre (4) façons** de soumettre *un formulaire de réclamation de la classe dérivée*, accompagné de toute documentation justificative :

1. EN LIGNE	Visitez le site web dédié à l'adresse www.stjudeicdclaim.ca et soumettez votre formulaire de réclamation en ligne
1. COURRIER	Faites-nous parvenir votre formulaire de réclamation imprimé dûment rempli par courrier à : L'Administrateur des réclamations pour l'action collective concernant certains DCI de St. Jude C.P. Nelson 20187 – 322 rue Rideau Ottawa (ON) K1N 5Y5 Les réclamations reçues par la poste doivent porter le cachet de la poste daté au plus tard le 10 janvier 2020, à 23h59 HAE.
2. COURRIEL	Soumettez votre formulaire de réclamation dûment rempli par courriel à info@stjudeicdclaim.ca
3. TÉLÉCOPIEUR	Télécopiez votre formulaire de réclamation dûment rempli à 1-866-262-0816

Questions? Téléphone sans frais: **1-833-414-8043**

Important : Ce formulaire de réclamation est seulement pour les membres du groupe de la classe dérivée.

Si vous êtes une personne qui était implantée avec un ou plusieurs défibrillateurs visé(s), vous êtes un membre du groupe de la classe patient et vous devez compléter le formulaire de réclamation de la classe patient.

Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE

SECTION A: NOM DU RÉCLAMANT ET COORDONNÉES ACTUELLES

L'Administrateur utilisera les informations que vous fournissez pour traiter votre réclamation. Si ces informations changent, vous **DEVEZ** en aviser l'Administrateur par écrit.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Nom	
<input type="text"/>		
Adresse postale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Courriel		Téléphone

Veillez indiquer votre relation avec le patient et soumettre la documentation justificative de la relation avec celui-ci.

- Conjoint(e)
- Parent
- Enfant (si l'enfant est mineur ou inapte, ce formulaire de réclamation doit être dûment rempli par le parent ou tuteur légal)
- Autre: _____

Parent ou tuteur légal de l'enfant mineur ou majeur inapte (si applicable) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Nom	
<input type="text"/>		
Adresse postale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Courriel		Téléphone

Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE

Membres du groupe de la classe patient sont (i) toutes les personnes qui étaient résidents canadiens le 23 avril 2019. Si décédées avant le 23 avril 2019, qui étaient résidents canadiens au moment de leur décès, (ii) qui ont été implantés au Canada avec un ou plusieurs défibrillateurs fabriqués entre janvier 2010 et le 23 mai 2015 et (iii) qui ne se sont pas exclues de l'action collective.

SECTION B: INFORMATION REQUISE SUR LE PATIENT

Prénom du patient

Nom du Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nom commercial du défibrillateur
du patient

Modèle du défibrillateur
du patient

Numéro de série du défibrillateur
du patient

Date de l'implantation du défibrillateur
sur le patient
(Jour/mois/année)

Lieu de l'implantation du défibrillateur
sur le patient

Date de naissance du patient
(Jour/mois/année)

Date de décès du patient
(Jour/mois/année)

Le cas échéant, la date et le lieu de quand/ou le défibrillateur a été remplacé ou explanté

Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE

Indiquez l'/les indemnisation(s) que vous réclamez en cochant les boîtes applicables dans la Section C et/ou D.

SECTION C : INDEMNISATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE (DÉCÈS DU MEMBRE DE LA CLASSE PATIENT)

Les membres du groupe de la classe dérivée sont toutes les personnes qui étaient à la charge d'un membre du groupe de la classe patient décédé en vertu de *la Loi sur le droit de la famille*, LRO 1990 c F 3 ou d'une législation similaire dans toute province ou tout territoire du Canada.

Exemple:

- Conjoint(e) d'un membre de la classe patient décédé,
- Un parent d'un membre de la classe patient décédé,
- Un enfant d'un membre de la classe patient décédé, ou
- Un frère ou une sœur d'un membre de la classe patient décédé

Pour réclamer cette indemnisation, le décès du membre de la classe patient **doit** avoir été causé par l'épuisement prématuré de la batterie et/ou l'épuisement de la batterie s'est produit plus tôt que prévu en fonction de l'utilisation du défibrillateur et que rien n'indique qu'il était lié à une cause autre qu'un court-circuit qui pourrait avoir été causé par la formation des agrégats de lithium.

Cochez la boîte ci-dessous si vous réclamez une indemnisation dû au décès.

<input checked="" type="checkbox"/> Si vous réclamez	Paiement
<input type="checkbox"/>	• 60 000,00 \$ CAN au conjoint(e)
<input type="checkbox"/>	• 45 000,00 \$ CAN à chaque enfant mineur (Un formulaire de réclamation est requis pour chaque réclamant)
<input type="checkbox"/>	• 20 000,00 \$ CAN à chaque enfant majeur ou parent (Un formulaire de réclamation est requis pour chaque réclamant)

SECTION D: FRAIS REMBOURSABLES POUR LA CLASSE DÉRIVÉE (décès et non décès)

Important : Si vous réclamez pour des frais remboursables, ils doivent être équivalents à plus de **100,00 \$ CAN**. Vous pourriez être remboursé jusqu'à 500,00 \$.

Les dépenses **doivent** correspondre aux mesures prises à la suite de la réception de l'avis de St. Jude publié le 10 octobre 2016.

Les frais remboursables pour lesquels il y aura un remboursement comprend, sans toutefois s'y limiter, les consultations supplémentaires à la clinique, les visites à l'hôpital ou les interventions chirurgicales.

Cochez la boîte ci-dessous si vous réclamez pour des frais remboursables et indiquez le montant total que vous réclamez.

<input checked="" type="checkbox"/> Si vous réclamez	Indemnisation	Documentation justificative	Montant total que vous réclamez
<input type="checkbox"/>	Frais remboursables	Reçus	_____ \$ CAN (maximum de 500,00 \$ CAN)

Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE DÉRIVÉE

Pour recevoir une indemnisation du fonds de règlement, chaque membre du groupe de la classe dérivée doit soumettre un formulaire de réclamation dûment rempli à l'Administrateur des réclamations, accompagné de toute la documentation justificative **au plus tard le 10 janvier 2020.**

SECTION F : DÉCLARATION SOLONNELLE

Je déclare, sous peine de parjure, que les renseignements figurant sur ce formulaire de réclamation sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de mes connaissances, renseignements, et croyances.

Signé le _____, à _____, en _____
Date (Jour mois année) Ville Province

Nom du réclamant en lettres moulées

Signature du réclamant