# RECOURS COLLECTIF EN VALEURS MOBILIÈRES CONTRE LA SOCIÉTÉ IMAX CORPORATION (« IMAX »)

Cour supérieure de justice de l'Ontario, Numéro de dossier du greffe CV-06-3257-00

### FORMULAIRE DE RÉCLAMATION SUR PAPIER

### I. EXIGENCES ET INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

- 1. Les réclamations devraient être déposées en ligne au moyen du système de réclamations en ligne sur www.imaxclassaction.com
- 2. Ce Formulaire de réclamation sur papier doit être utilisé uniquement si vous ne possédez pas d'ordinateur disposant d'une connexion Internet.
- 3. Le Formulaire de réclamation rempli et signé, ainsi que les pièces justificatives, doivent être reçus par l'Administrateur à la Date limite de réclamation, ou avant celle-ci, qui est le 31 MAI 2016 à 17 h (HNE).
- 4. Faites parvenir le Formulaire de réclamation dûment rempli et signé, ainsi que les pièces justificatives, à la date limite du 31 mai 2016, ou avant celle-ci, par courrier affranchi, à l'adresse suivante :

Recours collectif en valeurs mobilières contre la société IMAX Casier Postal 3355 London, Ontario N6A 4K3

5. Veuillez conserver un exemplaire du Formulaire de réclamation rempli et des pièces justificatives pour vos archives.

### II. IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

- 1. Le « Requérant » désigne toute personne qui a fait l'achat ou acquis les actions d'IMAX (les « Actions ») au cours de la période allant du 17 février 2006 au 9 août 2006, inclusivement.
- 2. Soyez précis puisque ces renseignements seront utilisés par l'Administrateur si celui-ci doit redonner un montant suite à cette réclamation.
- 3. Est-ce que le Requérant est une « Personne exclue »?
  - Une « Personne exclue » désigne : (a) les Défenderesses et les sociétés affiliées, filiales, dirigeants, administrateurs, représentants légaux, héritiers, prédécesseurs, successeurs et ayants droit actuels ou passés d'IMAX; (b) tout membre individuel de la famille des Défenderesses, ainsi que toute entité dans laquelle l'un ou l'autre d'entre eux détient, ou a détenu une participation lui conférant un rôle de fait ou de droit pendant la Période du Recours; ou (c) tous les acheteurs NASDAQ qui n'ont pas délivré un avis de retrait pendant la Période du Recours dans le cadre du recours collectif aux États-Unis connu sous le nom d'IMAX Securities Litigation, Poursuite civile numéro 1:06-cv-06128 (S.D.N.Y.).
  - Si OUI, le Demandeur ne constitue pas un membre du groupe et ne doit pas remplir ce formulaire de réclamation.
- 4. Le Demandeur est-il décédé?

Si le Demandeur est décédé, le formulaire doit être rempli au nom du défunt. Une preuve du décès doit être jointe au formulaire de réclamation.

Pour usage officiel seulement



# Recours collectif en valeurs mobilières contre la société IMAX Corporation (« IMAX »)

Cour supérieure de justice de l'Ontario, Numéro de dossier du greffe CV-06-3257-00 Doit porter le cachet de la poste au plus tard le 31 mai 2016

### FORMULAIRE DE RÉCLAMATION SUR PAPIER

<u>Veuillez inscrire vos réponses dactylographiées ou inscrites en lettres moulées dans les cases ci-dessous</u>
Ne <u>PAS</u> utiliser d'encre rouge, de crayon ou d'agrafes

Nom de famille (Co-acquéreur)    Initiale   Prénom (Co-acquéreur)   RRSP   RRIF   RESP   Fiducie   Fond de pension   IRA   Autre (veuillez spécifier)   Numéro du compte   Autre (veuillez spécifier)   Set-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui   Non des fins fiscales?   Nom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA   Nom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus   Capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif   Numéro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)   Juméro de téléphone (Travail)   Número de téléphone (Maison)   Número Núm	Nom de famille													Ir	nitiale	Э	Préi	nom									
RRSP RRIF RESP Fiducie Fond de pension IRA Autre (veuillez spécifier)  Set-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui Non les fins fiscales?  Nom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA Nom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  Capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  Numéro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  luméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)																											
RRSP RRIF RESP Fiducie Fond de pension IRA Autre (veuillez spécifier)  luméro du compte  Str-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui Non les fins fiscales?  Idom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  Lapacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  Juméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  Juméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  Juméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  Juméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)	lom de famille	(Co-	acqu	éreu	ır)									lr	nitiale	<del>.</del>	Pré	nom	(Co	-acq	uére	eur)					
Set-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui Non les fins fiscales?  Nom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA  Nom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  Capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  Numéro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  d'esses courriel		Ì			,														Ì								
Ituméro du compte  Sist-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui Non les fins fiscales?  Itom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  Capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  Ituméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  Luméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  d'esses courriel	PRSP		PPI	F		$\overline{}$	RES	D.			iduc	io.			ond d	o no	ncion		IRΔ			Δ11	tra				
Est-ce que le demandeur est un résident du Québec à Oui Non les fins fiscales?  Nom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  Capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  Juméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  d'esse courriel	) IXIXOI		/ IXIXI				INLO	•		O i	idac	,,,,			ona a	e pe	113101		11 1/1					ez s	pécif	ier)	
lom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA  lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  luméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	luméro du cor	npte					7																				
lom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA  lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  luméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
es fins fiscales?  om de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA  om de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  apacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  iméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel						, .			. ,,	,		O:		Nlan													
lom de la compagnie (Bénéficiaire effectif - Si le Demandeur d'est pas un individu) ou Nom du gardien d'il s'agit d'un IRA lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus l'apacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif l'uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  Juméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal l'uméro de téléphone (Maison)  Juméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)	st-ce que le c	emar	deur	est	un r	esic	dent o	Ju C	lueb	ec a	ı () (	Jui	$\bigcirc$	INON	1												
lom de la personne qui remplit le formulaire (Déclarant), si autre que Bénéficiaire effectif mentionné ci-dessus  la pacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  luméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  luméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  luméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	35 IIIIS IISCAIE	5 !																									
capacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  luméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	om de la com	pagn	ie (B	énéf	iciai	re e	ffecti	f - S	i le	Dem	and	eur d	'est	pas	un i	ndi	vidu)	ou l	Nom	du	gard	lien (	d'il s	'agit	d'un	IRA	(
apacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  iméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
apacité du Déclarant, s'il ne s'agit pas du Bénéficiaire effectif  uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  méro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  iméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	om de le per	onno	aui r	omr	slit la	for	mula	iro /	Dáo	loro	a+\ c	i out	ro a	5	) Án á	ficia	oiro (	offoo	tif m	onti	onna	í oi d	4000				_
uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  méro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	om de la pers	onne	quii	emp	אוונ ופ	101	IIIuia	iie (	Dec	lala	π), ε	or aut	ie q	ue E	bene	HCla	JIIE 6	Hec	ui iii	enu	OHITE	e CI-C	1622	us			
uméro de compte / Numéro de fonds (non requis pour les Déclarants individuels)  méro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
méro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	apacité du D	éclara	nt, s'	il ne	s'a(	git p	as dı	ı Bé	néfi	ciair	e eff	ectif															_
uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
uméro d'assurance sociale / Numéro de sécurité sociale / Identifiant fiscal  uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	luméro de coi	npte /	Nun	néro	de f	fonc	ls (no	n re	equis	s poi	ır les	s Dé	clara	ants	indiv	/idu	els)										
uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel		1							Ė	Ė							,										
uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel																											
uméro de téléphone (Travail)  Número de téléphone (Maison)  dresse courriel	ımára dlagayıra		مامام	/ NI	m á r	م ط م	260111	ritá a	o o i o	lo / la	1004;4	iont f	اممما														
dresse courriel	inero d'assura	ice sc	ciale	/ Nu	merc	o de	Secui	ne s	ocia	ie / ic	enui	iani i	iscai														
dresse courriel																											
	uméro de télép	none (	Trava	ail)							Núm	ero d	e téle	épho	ne (l	Mais	on)										
		-			_									_				_									
	dresse courrie	اد			L					!				Ĺ				ı									
	larooco codirik	71																									_
																											_
			_				<u> </u>				1/				0.00											_	_
	TEMENT DEMANDES EMENT OB		СВ			┙┃	Ŭ ICI		IŎ	EM		) ND			SH	ΙL	1 4 1	V I	/└┴		□ /			Y	Y	DES	

PENSEIGNE	MENTS POSTAUX ———		
dresse 1	WENTS FOSTAGE		
dresse 2			
ille			État Code Zip
rovince		Code Postal	Nom du Pays / Abréviation
Une « Personne représentants lég	gaux, héritiers, prédéc	les Défenderesses et les sociétés affi esseurs, successeurs et ayants droit a	iliées, filiales, dirigeants, administrateurs, actuels ou passés d'IMAX; (b) tout membre lle l'un ou l'autre d'entre eux détient, ou a dé

Α.	Le Requérant a-t-il acheté ou acquis des Actions au cours de la période allant du 17 février 2006 au 9 août 2006,
inc	lusivement?

Oui Onn

Si Non, le Requérant ne constitue pas un Membre du groupe et ne doit pas remplir ce Formulaire de réclamation.

B. Les Actions achetées par de Requérant au cours de la période du 17 février 2006 au 9 août 2006, inclusivement, étaient-elles détenues dans un Fonds mutuel?

Oui Onn

Si OUI, le Fonds mutuel est le Membre du groupe, et le Requérant ne doit pas remplir ce Formulaire de réclamation à moins que le Requérant ne soit un Fonds mutuel.

													Actic t du '													t le	s ac	ction	s ac	hete	ées
1								soute ssible		_			ation No	•	vien	t-il d	'une	aut	re pe	ersoi	nne (	ou e	entit	é, p	ar e	xem	nple	, paı	· trar	nsfei	rt o
		-								_			s rela mett						•			-	ac	e ci	-des	SO	us,	et v	euil	lez	
			·										après ense				•									lua		C a da		○ı Iu	Voi
d	épôt	, <i>l</i> e	non	ı et	'adı	ess	e du		ndic	, dai			ace o	_																	
																						Α	Α	Α	Α	_	M	M		J J	
													Da	ate c	de la	Се	ssior	de	faill	ite :						/			/		
Nor	n de	fam	nille	du s	yndi	С										,	Initia	ıle	Pré	nom	du s	synd	ic								1
Adr	esse	ļ										·				_															
Adr	esse																														
Ville	9																					Éta	ıt		C	ode	e Zi <sub>l</sub>	р			_
Province									Code Postal Nom o							n du	du Pays / Abréviation							_							

## PART IIA. TRANSACTIONS SUR LES VALEURS MOBILIÈRES D'IMAX CORPORATION

Preuve en pièce-jointe?

Négociées en dollars canadiens (CAD)

Date à laquelle les Actions ont été transigées (En ordre chronologique)	Nombre d'Actions Achetées	t, négociées en dollars canadiens  Prix d'achat total (\$ canadiens) y compris les Commissions Veuillez arrondir au dollar CAD près	Preuve d'achat en pièce-jointe?
M M J J A A A A		1	
		\$	,00 0 N
2. / / / /		\$	, 00 0 N
B//		\$	, 00 ON
I. / / /		\$	
Actions en dollars canadiens vendues er VENTES	ntre le 17 février 2006 et la date	Prix de vente total (\$ canadiens) y compris	ation est rempli :
Date à laquelle les Actions ont été transigées (En ordre chronologique)	Nombre d'Actions Vendues	Prix de vente total	·
VENTES ————————————————————————————————————	Nombre d'Actions	Prix de vente total (\$ canadiens) y compris les Commissions Veuillez arrondir au	Preuve des ventes en
Date à laquelle les Actions ont été transigées (En ordre chronologique)	Nombre d'Actions	Prix de vente total (\$ canadiens) y compris les Commissions Veuillez arrondir au dollar CAD près	Preuve des ventes en pièce-jointe?
Date à laquelle les Actions ont été transigées (En ordre chronologique)  M M J J A A A A	Nombre d'Actions	Prix de vente total (\$ canadiens) y compris les Commissions Veuillez arrondir au dollar CAD près	Preuve des ventes en pièce-jointe?
Date à laquelle les Actions ont été transigées (En ordre chronologique)  M M J J A A A A	Nombre d'Actions	Prix de vente total (\$ canadiens) y compris les Commissions Veuillez arrondir au dollar CAD près	Preuve des ventes en pièce-jointe?

Si vous manquez d'espace, ajoutez des pages supplémentaires dans le même format que ci-dessus. Signez et inscrivez votre nom en caractères d'imprimerie sur chacune des pages supplémentaires.

## PARTIE IIB. TRANSACTIONS SUR LES VALEURS MOBILIÈRES D'IMAX CORPORATION Négociées en dollars américains (USD)

Α.	Nombre d'actions détenues à la fermeture des marchés le 16 février 2006 :	Pieuve 6	○ O O N
В.	Actions achetées entre le 17 février 2006 et le 9 août 2006, inclusivement, négo  ACHATS	ociées en dollars américains :	
	Date à laquelle les Actions ont été transigées Nombre d'Actions (En ordre chronologique) Achetées	Prix d'achat total (\$ USD) y compris les Commissions Veuillez arrondir au plus près dollar USD	Preuve d'achat en pièce-jointe?
1 2 3 4 C.	2. / / / /   \$   \$   \$   \$   \$   \$   \$   \$	selle le Formulaire de réclamat	, 00 0 N , 00 0 N , 00 0 N , 00 0 N ion est rempli :
	Date à laquelle les Actions ont été transigées Nombre d'Actions (En ordre chronologique) Vendues	Prix de vente total (\$ USD) y compris les Commissions Veuillez arrondir au plus près dollar USD	Preuve de vente en
		pius pies dollai 030	pièce-jointe?
1 2 3 4	M M J J A A A A S		

Si vous manquez d'espace, ajoutez des pages supplémentaires dans le même format que ci-dessus. Signez et inscrivez votre nom en caractères d'imprimerie sur chacune des pages supplémentaires.

VOUS DEVEZ LIRE ET SIGNER LA DÉCLARATION FIGURANT À LA PAGE 7. L'OMISSION OU LE REFUS DE SIGNER LA

E. Nombre d'Actions détenues lorsque le Formulaire de réclamation a été rempli :

DÉCLARATION RISQUE D'ENTRAINER UN RETARD DANS LA VÉRIFICATION DE VOTRE RÉCLAMATION, OU MÊME SON REJET.

#### PARTIE IV. Déclaration

Comment avez-vous pris connaissance de ce	recours collectif	?						
O Notice dans un journal	O Avis reçu p	ar courrier	Renseignements fournis par courtier / dépositaire					
○ En ligne (cà-d. Facebook, Twitter, etc.)	O Autre							
			(veuillez préciser)					
De quelle institution avez-vous acquis vos Ac	tions d'IMAX Corp	poration?						
○TD ○RBC ○SCOTIA ○CIBC ○BMC	O Autre							
			(veuillez préciser)					
Je (nous) déclare (déclarons), sous peine de renseignements sur ce Formulaire de réclama			de mon information et de ma conviction, que les complets.					
Je (Nous) déclare (déclarons) que je (nous) v et de vente d'Actions pour les périodes identif	` ,	•	es (nos) actifs et toutes mes(nos) transactions d'achat e de réclamation.					
Je (Nous) déclare (déclarons) également que que défini dans l'Entente de Règlement.	je (nous) ne suis	(sommes) pa	s une Personne exclue ou des Personnes exclues tel					
Je (nous) reconnais (reconnaissons) et accep et aux avocats des parties aux recours tous le			teur des réclamations puisse divulguer aux tribunaux otre) réclamation.					
Signé ce jour de			à					
Signé cejour de	(Mois/année)		(Ville/province/pays)					
(Signez votre nom ici)		(Signez votre nom ici)  (Veuillez taper votre nom à la machine ou l'écrire en lettres moulées ici)						
(Veuillez taper votre nom à la machine ou l'écrire en lett	tres moulées ici)							
(Qualité des personnes signataires, par exemple, propriétaire bénéficiaire, exécuteur testamentaire ou ad	ministrateur)		ersonnes signataires, par exemple, énéficiaire, exécuteur testamentaire ou administrateur)					
Documents confirmant le pouvoir d'agir pour autrui ci-annexés?	<u> </u>		onfirmant le pouvoir d'agir Oui Non					

### LE TRAITEMENT EXACT DES RÉCLAMATIONS PREND BEAUCOUP DE TEMPS. NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PATIENCE.

#### Liste de rappel :

- 1. Veuillez signer la déclaration ci-dessus.
- 2. N'oubliez pas de joindre vos pièces justificatives, si disponibles.
- 3. N'envoyez pas de certificats d'actions originaux; il est possible que nous ne puissions pas vous les retourner.
- 4. Veuillez conserver un exemplaire de votre Formulaire de Réclamation et des pièces justificatives pour vos archives.
- 5. L'Administrateur des réclamations accusera réception de votre Formulaire de réclamation par la poste ou par courriel dans les 60 jours. Votre réclamation ne sera pas réputée déposée tant que vous n'aurez pas recu un accusé de réception. Si vous n'avez pas reçu d'accusé de réception dans les 60 jours, veuillez appeler sans frais l'Administrateur des réclamations au 1-866-432-5534.

6. Si vous déménagez, vous devez faire parvenir votre nouvelle adresse à l'Administrateur. Si vous n'avisez pas l'Administrateur des réclamations de votre nouvelle adresse, il est possible que les Avantages du Règlement ne vous soient pas versés.

### Politique de confidentialité

L'Administrateur des réclamations et les Procureurs du Groupe recueillent, utilisent et conservent tous les renseignements personnels fournis par les Requérant dans le cadre de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) pour les fins d'administration et de mise en œuvre de l'Entente de Règlement, compris l'évaluation de l'admissibilité du Requérant en vertu de l'Entente de règlement. Les renseignements fournis par le Requérant sont strictement confidentiels et ne seront pas divulgués sans le consentement explicite et écrit du Requérant, et par ordre de la Cour.

« Procureurs du Groupe » désigne Sutts, Strosberg LLP de Windsor, Ontario et Siskinds LLP de London, Ontario. L'« Administrateur des réclamations » est RicePoint Administration Inc. de London, Ontario (« RicePoint »).

CETTE PAGE	EST VOLC	ONTAIREM	ENT VIER	ЗE