

FORMULAIRE D'EXCLUSION RECOURS CANADIEN AVANDIA

Ceci est un **Formulaire d'Exclusion**. Vous devriez seulement remplir ce Formulaire d'Exclusion si vous souhaitez vous **exclure** de l'action collective relative à l'Avandia. L'action collective porte sur les blessures cardiovasculaires prétendument liées à l'utilisation d'Avandia. Les Défenderesses nient les allégations formulées dans cette action collective. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Avocats du Groupe (Wagners) sans frais au 1-800-465-8794 ou en ligne au classaction@wagners.co.

Ce formulaire doit être transmis au plus tard le 15 janvier 2019

Vous pouvez soumettre ce formulaire de l'une des deux façons suivantes :

- Par courriel au classaction@wagners.co: Pour soumettre le formulaire par courriel, remplissez-le, numérisez-le puis transmettez la pièce jointe à classaction@wagners.co.
- Par la poste à :

Exclusion Avandia
a/s Wagners
1869, Upper Water St.
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1S9

Si vous ne soumettez pas ce Formulaire d'Exclusion dans le délai, vous ne pourrez pas vous exclure. Dans les cas où le Formulaire d'Exclusion est soumis par courriel, celui-ci sera réputé avoir été soumis lorsqu'il aura été reçu. Dans les cas où le Formulaire d'Exclusion est soumis par la poste, celui-ci sera réputé avoir été soumis à la date du cachet postal.

Pour plus de renseignements sur le recours canadien Avandia, consultez l' « Avis en version détaillée » disponible au <http://www.wagners.co/current-class-actions/avandia> et sur le site internet du règlement au fr.avandiaclassaction.com.

Les Avocats du Groupe sont :

SISKINDS LLP
680, Waterloo Street
P.O. Box 2520
London (Ontario) N6A 3V8

(800) 461-6166, poste 2367
(519) 672-2121, poste 2367
avandia@siskinds.com

WAGNERS
1869, Upper Water St.
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1S9

(800) 465-8794
(902) 425-7330
classaction@wagners.co

Renseignements personnels

Veillez fournir les renseignements suivants à votre sujet, ou, si vous remplissez ce Formulaire d'Exclusion à titre de représentant légal d'un Membre du Groupe, veuillez fournir les renseignements suivants à propos de ce Membre du Groupe.

Nom de la personne ayant consommé l'Avandia :

Nom	Prénom	Initiales 2 ^e nom	No. assurance maladie	Date de naissance
-----	--------	------------------------------	-----------------------	-------------------

Adresse actuelle ou dernière adresse connue de la personne ayant consommé l'Avandia :

Adresse

Ville	Province/Territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

()	()	
Numéro de téléphone (jour)	Numéro de téléphone (soir)	Adresse courriel

Veillez fournir les détails demandés. Si vous ne connaissez pas ou êtes incertain de la réponse, veuillez l'indiquer.

Informations sur l'usage d'Avandia

Date de la première prescription d'Avandia: _____

Médecin(s) prescripteur(s) _____

Date de l'arrêt d'Avandia (le cas échéant) _____

Informations sur les blessures

De quelle(s) blessure(s) parmi les suivantes avez-vous souffert ?

- réception d'un diagnostic final d'infarctus de myocarde (qui inclut un diagnostic final dans les dossiers médicaux au cours de soins médicaux qui interprète les signes cliniques et/ou les tests de diagnostic qui établissent la survenue d'un IM à peu près à ce moment ou, alternativement aux fins de ce critère, le décès dû à un accident cardiaque en l'absence de toute autre cause de décès);
- réception d'un diagnostic final de survenue ou d'exacerbation initiale d'insuffisance cardiaque congestive (qui inclut un diagnostic final dans les dossiers médicaux généré au cours de soins médicaux qui interprète les signes cliniques et/ou les tests de diagnostic qui établissent la survenue ou l'exacerbation initiale de l'insuffisance cardiaque congestive autour de ce moment);
- a subi un pontage coronarien (pontage aortique coronarien); ou
- a subi une intervention coronarienne percutanée avec mise en place d'une endoprothèse vasculaire.

Date de la blessure : _____

Lieu/établissement où la blessure a été traitée : _____

Médecin(s) traitant(s) : _____

Renseignements sur l'avocat (le cas échéant)

Si vous ou le Membre du Groupe avez retenu les services d'un avocat relativement à une réclamation découlant, de quelque manière que ce soit, de l'usage d'Avandia, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de l'avocat :

Nom	Prénom	Initiales du deuxième prénom
-----	--------	------------------------------

Adresse

Ville	Province/Territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

() _____	() _____	_____
Numéro de téléphone du bureau	Numéro de télécopieur	Adresse courriel

Numéro de membre du Barreau

Si une réclamation a déjà été déposée :

Date de dépôt	Numéro de Cour	Juridiction
---------------	----------------	-------------

Acceptation et Reconnaissance

J'ai lu ce qui précède et j'ai lu et compris la version détaillée de l'Avis. Je comprends qu'en cochant la case ci-dessous, j'indique mon intention de M'EXCLURE de l'action collective relative à l'Avandia.

[] Par la présente, je m'exclus de l'action collective relative à l'Avandia.

Je comprends qu'en m'excluant :

- Je ne serai pas un Membre du Groupe et je ne serai jamais admissible à une quelconque indemnité découlant de l'action collective de laquelle je me suis exclu(e).
- Tous les membres de la famille qui peuvent autrement être Membres du Groupe en raison d'une relation personnelle avec moi seront réputés s'être également exclus.
- Je ne serai pas admissible afin de participer à cette action collective.
- Je ne serai pas admissible afin de participer au règlement de cette action collective.

En signant ce Formulaire d'Exclusion, je reconnais que j'ai lu et compris la version détaillée de l'Avis.

Date	Signature (Membre du Groupe ou Liquidateur, Administrateur ou Représentant personnel)
------	---

Pour être valide, ce Formulaire d'Exclusion doit être complété, signé et transmis, tel qu'expliqué ci-dessus, **au plus tard le 15 janvier 2019.**

Les conséquences entourant l'envoi de ce Formulaire d'Exclusion sont expliquées dans l'Avis en version détaillée. Si vous avez des questions concernant l'utilisation ou la façon de remplir ce Formulaire d'Exclusion, veuillez communiquer avec votre avocat ou avec les Avocats du Groupe au (800) 465-8794.

LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE D'EXCLUSION SERONT TRANSMIS AUX DÉFENDERESSES. TOUS LES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS DEMEURERONT CONFIDENTIELS DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE.