

# FORMULAIRE D'EXCLUSION

## ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX DISPOSITIFS DE MAILLES TRANSVAGINALES BOSTON SCIENTIFIC

**Ceci est un** formulaire d'exclusion. **Vous devriez uniquement remplir ce formulaire si :**

1. Vous avez eu l'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC après le 17 février 2017;  
**ET**
2. Vous souhaitez vous **exclure** de l'action collective relative aux dispositifs de mailles transvaginales Boston Scientific, qui inclut des dommages allégués subis par des femmes ayant eu l'implantation de dispositifs de mailles transvaginales utilisés pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (« IUE ») et le prolapsus des organes pelviens (« POP »).

S'exclure signifie que vous ne souhaitez pas faire partie de l'action collective. Si vous vous excluez, vous ne pourrez pas réclamer l'indemnité à laquelle vous pourriez autrement avoir droit en vertu du règlement, s'il est approuvé, mais vous pourrez entreprendre votre propre poursuite ou poursuivre toute procédure que vous avez déjà intentée. Si vous avez des questions, contactez les avocats du groupe au 1-800-461-6166, poste 2367 ou, pour parler à un représentant francophone, au 1-800-461-6166, poste 2409.

**Ce formulaire doit être soumis au plus tard le 27 mai 2020.**

Vous pouvez soumettre ce formulaire de trois façons :

- Par courriel, à [BSCmesh@siskinds.com](mailto:BSCmesh@siskinds.com). Pour soumettre votre formulaire par courriel, remplissez-le, numérisez-le et envoyez la pièce jointe à [BSCmesh@siskinds.com](mailto:BSCmesh@siskinds.com);
- Par télécopieur, au 1-519-660-7859;
- Par la poste, à:

Exclusion de l'action collective relative aux dispositifs de mailles transvaginales BSC  
a/s Siskinds LLP  
680 Waterloo Street  
P.O. Box 2520  
London (Ontario) N6A 3V8

Pour les résidents du Québec :

Les résidents du Québec doivent également transmettre ce formulaire d'exclusion, par courrier préaffranchi ou par messenger, au Greffe de la Cour supérieure du Québec, district de Québec, à l'adresse suivante :

Greffe de la Cour supérieure du Québec  
300, boulevard Jean-Lesage  
Québec (Québec) G1K 8K6

Si vous ne soumettez pas ce formulaire dans le délai, vous ne pourrez pas vous exclure.

Dans le cas de transmissions par courriel ou par télécopieur, le formulaire sera réputé avoir été transmis lors de sa réception. Dans le cas de transmissions par la poste, le formulaire sera réputé avoir été transmis à la date du cachet de la poste.

**Si vous avez eu l'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC le ou avant le 17 février 2017, le délai pour vous exclure est déjà expiré et vous ne pouvez plus vous exclure.**

**Si vous vous êtes déjà exclu, vous ne pouvez pas redevenir membre de l'action collective. Vous n'avez pas à vous exclure de nouveau.**

**Pour de plus amples informations sur l'action collective relative aux dispositifs de mailles transvaginales BSC, consultez l'avis en version détaillée disponible au [www.canadabscmeshclassaction.com](http://www.canadabscmeshclassaction.com).**

**Les avocats du groupe sont :**

**SISKINDS LLP**

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

Me Elizabeth deBoer  
Me Charles Wright  
Rachel Pardy

(800) 461-6166, poste 2367  
(519) 672-2121, poste 2367

elizabeth.deboer@siskinds.com  
charles.wright@siskinds.com  
rachel.pardy@siskinds.com

**SISKINDS, DESMEULES s.e.n.c.r.l.**

Les Promenades du Vieux-Québec  
43, rue de Buade, bureau 320  
Québec (Québec) G1R 4A2

Me Erika Provencher

(418) 694-2009

recours@siskinds.com

**Renseignements personnels**

Veillez fournir les renseignements suivants à propos de vous 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 utilisé par la personne avec le dispositif de mailles transvaginales :

Nom de famille	Prénom	Initiales du deuxième prénom	Numéro d'assurance-maladie	Date de naissance
----------------	--------	------------------------------	----------------------------	-------------------

Adresse de résidence actuelle ou dernière adresse connue utilisée par la personne avec le dispositif de mailles transvaginales :

Adresse

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

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

**Renseignements sur le dispositif de mailles transvaginales**

Veillez fournir les détails concernant le/les dispositif(s) de mailles transvaginales en question. Si vous ne connaissez pas ou si vous êtes incertain(e) de la réponse, veuillez l'indiquer.

Indication(s) du traitement :

- Incontinence urinaire d'effort
- Prolapsus des organes pelviens

Nom du fabricant du dispositif de mailles transvaginales : \_\_\_\_\_

Modèle du dispositif de mailles transvaginales : \_\_\_\_\_

Date de la chirurgie d'implantation : \_\_\_\_\_

Lieu/établissement où le dispositif de mailles transvaginales a été implanté :  
\_\_\_\_\_

Médecin(s) traitant : \_\_\_\_\_

Si vous avez des documents indiquant le type de fabricant et le modèle du dispositif de mailles transvaginales, cochez cette case et joignez les copies : [  ]

Si plus d'un dispositif de mailles transvaginales a été implanté, fournissez des détails :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si vous avez subi des complications que vous croyez liées au dispositif de mailles transvaginales, veuillez les décrire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

Si vous avez subi une chirurgie de révision sous anesthésie générale ou une autre chirurgie sous anesthésie générale pour corriger un problème avec le dispositif de mailles transvaginales, veuillez indiquer pour chacune de ces chirurgies : (1) la date et le lieu, (2) le(s) médecin(s) traitant, et (3) une description de la chirurgie :

---

---

---

---

---

---

---

**Renseignements sur le représentant légal (si applicable)**

Si vous remplissez ce formulaire d'exclusion en tant que représentant légal d'un membre du groupe ou de la succession d'un membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants à propos de **VOUS** et joindre une copie de l'approbation du tribunal ou de toute autre autorisation vous permettant de représenter le membre du groupe identifié à la section « Renseignements personnels » ci-dessus.

Nom de famille	Prénom	Initiale du deuxième prénom
Adresse		
Ville	Province/Territoire	Code postal
( )	( )	
Numéro de téléphone (jour)	Numéro de téléphone (soir)	Adresse courriel
Relation avec le membre du groupe		

Veillez joindre une copie d'une ordonnance du tribunal ou de tout autre document officiel attestant 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:

un mineur (ordonnance du tribunal désignant le tuteur, ordonnance de contrôle des biens ou de garde, le cas échéant, ou déclaration sous serment de la personne ayant la garde du mineur). Date de naissance du mineur : \_\_\_\_\_

une personne mentalement incapable (copie d'une procuration permanente relative aux biens ou certificat de tutelle légale);

une personne décédée (certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession). Date de décès : \_\_\_\_\_

**Renseignements sur l'avocat (si applicable)**

Si vous ou le membre du groupe avez engagé un avocat dans le cadre d'une réclamation découlant du dispositif de mailles transvaginales BSC du membre du groupe, veuillez fournir les informations suivantes sur l'avocat :

Nom de famille	Prénom	Initiale du deuxième prénom
Adresse		
Ville	Province/Territoire	Code postal
( )	( )	
Numéro de téléphone au bureau	Numéro de télécopieur	Adresse courriel
Numéro de membre du Barreau		

Si un recours a été déposé :

Date du dépôt	Numéro de dossier de Cour	Juridiction du dépôt
---------------	---------------------------	----------------------

## Acceptation et Reconnaissance

J'ai lu ce qui précède et j'ai examiné et compris l'avis en version détaillée. Je comprends qu'en cochant la case ci-dessous, j'indique mon intention de M'EXCLURE de l'action collective relative aux dispositifs de mailles transvaginales BSC.

Par la présente, je m'exclue de l'action collective certifiée liée aux dispositifs de mailles transvaginales BSC.

Je comprends qu'en choisissant de m'exclure :

- Je ne serai pas un membre du groupe et je ne pourrai jamais recevoir d'indemnité par le biais de l'action collective dont je m'exclue.
- Tous les membres de ma famille qui pourraient autrement être des membres du groupe en vertu d'une relation personnelle avec moi sont également réputés s'être exclus.
- Je n'aurai pas le droit de prendre part à l'action collective désignée.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris l'avis en version détaillée.

---

Date

Signature (Membre du groupe ou exécuter, administrateur ou représentant personnel)

Pour que l'exclusion soit valide, le présent formulaire doit être rempli, signé et transmis, tel qu'indiqué ci-dessus, **au plus tard le 27 mai 2020**.

Les conséquences relatives à la transmission de ce formulaire d'exclusion sont expliquées dans l'avis en version détaillée. Si vous avez des questions sur l'utilisation ou sur la complétion de ce formulaire, contactez votre avocat ou les avocats du groupe au 1-800-461-6166, poste 2367 ou, pour parler à un représentant francophone, au 1-800-461-6166, poste 2409.