

FORMULAIRE D'EXCLUSION

American Medical Systems

LITIGE MAILLE TRANSVAGINALE

Ceci est un **formulaire d'exclusion**. Vous devez remplir ce formulaire seulement dans le cas où vous voulez être exclu des recours collectifs relatifs aux produits de maille transvaginale AMS. Il y a deux recours collectifs relatifs à la maille transvaginale AMS : (1) le « Recours collectif IUE AMS » concernant les préjudices allégués par des femmes qui ont eu l'implantation d'un produit de maille utilisé pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (« IUE ») et (2) le « Recours collectif POP AMS » concernant les préjudices allégués par des femmes qui ont eu l'implantation d'un produit de maille utilisé pour traiter le prolapsus des organes pelviens (« POP »). Si vous avez des questions, contactez les avocats des Groupes au 800-461-6166, poste 2367 ou pour parler avec une représentante en français, faites le 800-461-6166, poste 2409.

Ce formulaire doit être soumis au plus tard le 28 juillet 2015.

Vous pouvez soumettre ce formulaire en utilisant l'une des trois façons suivantes :

- Par courriel à amsmeshclassactions@siskinds.com : Pour soumettre le formulaire par courriel, veuillez le remplir, le numériser et envoyer la pièce jointe à amsmeshclassactions@siskinds.com
- Par télécopieur : 519-660-2081
- Par la poste :

Exclusion AMS Maille
a/s Siskinds LLP
680 Waterloo Street
P.O. Box 2520
London (Ontario) N6A 3V8

Si vous ne soumettez pas ce formulaire avant la date limite, vous ne pourrez plus vous exclure. Dans le cas des soumissions par courriel ou télécopieur, le formulaire sera réputé soumis lors de sa réception. Dans le cas des soumissions par la poste, le formulaire sera réputé soumis quand la lettre est oblitérée.

Pour plus de renseignements concernant le Recours collectif IUE AMS et le Recours collectif POP AMS, veuillez consulter « L'avis de certification détaillé » à l'adresse www.amsmeshclassactions.ca.

Les avocats des Groupes sont :

SISKINDS LLP

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

Elizabeth deBoer
Charles Wright
Rachel Pardy

800-461-6166, poste 2409
519-672-2121, poste 2367

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

ROCHON GENOVA LLP

121 Richmond St. West
Suite 900
Toronto (Ontario) M5H 2K1

Joel Rochon
Suzanne Chiodo

416-363-1867, poste 234

schiodo@rochongenova.com

SISKINDS, DESMEULES sencrl

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

Caroline Perrault
Barbara Ann Cain

418-694-2009

caroline.perrault@siskindsdesmeules.com
barbaraann.cain@siskindsdesmeules.com

Renseignements personnels

Veillez fournir les renseignements suivants à votre sujet ou, si vous remplissez ce formulaire en tant que représentant légal d'un Membre des Groupes, veuillez fournir les renseignements suivants à propos de ce Membre des Groupes.

Nom de la personne qui a eu l'implantation d'une maille :

Nom	Prénom	Initiale du deuxième prénom	Numéro de carte d'assurance maladie	Date de naissance
-----	--------	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------

Adresse personnelle actuelle ou dernière adresse personnelle connue utilisée par la personne qui a eu l'implantation d'une maille :

Adresse

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

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

Information sur la maille

Veillez fournir des détails concernant la maille (les mailles) en question. Si vous ne connaissez pas la réponse ou n'en êtes pas certaine, veuillez l'indiquer.

Indication(s) de traitement :

- Incontinence urinaire d'effort
- Prolapsus des organes pelviens

Nom du fabricant de la maille transvaginale :

Modèle de la maille transvaginale :

Date de l'opération aux fins d'implantation :

Endroit/établissement où la maille a été implantée :

Médecin(s) traitant(s) :

Si vous avez des dossiers indiquant le type de fabricant et le nom du modèle de la maille, cochez la case suivante et joignez des copies : []

Si plus d'un produit de maille a été implanté, veuillez fournir des détails :

Si vous souffrez de complications qui, selon vous, sont liés à la maille, veuillez les décrire :

Si vous avez subi une chirurgie de reprise sous anesthésie générale ou une autre chirurgie sous anesthésie générale pour corriger un problème lié à la maille, veuillez indiquer pour chaque chirurgie (1) la date et l'endroit, (2) le(s) médecin(s) traitant(s) et (3) une description de la procédure :

Renseignements sur le représentant légal (le cas échéant)

Si vous remplissez ce formulaire d'exclusion en tant que représentant légal d'un Membre des Groupes ou de la succession d'un Membre des Groupes, veuillez fournir les renseignements suivants **à votre sujet** et joindre une copie de votre nomination par le tribunal ou autre autorisation pour représenter le Membre des Groupes identifié à la rubrique « Renseignements personnels » ci-dessus.

Nom	Prénom	Initiale du deuxième prénom
-----	--------	-----------------------------

Adresse

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

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

Lien avec le Membre des Groupes

Veillez joindre une copie d'une nomination par un tribunal ou autre(s) document(s) officiel(s) indiquant que vous êtes le représentant légal dûment autorisé du Membre des Groupes et cocher la case ci-dessous décrivant le statut du Membre des Groupes :

mineur (ordonnance judiciaire désignant un tuteur aux biens ou ordonnance attributive de garde, le cas échéant, ou déclaration sous serment de la personne ayant la garde du mineur) Date de naissance du mineur : _____

personne frappée d'incapacité mentale (copie d'une procuration perpétuelle relative aux biens ou d'un certificat de tutelle sous régime législatif);

certificat de la nomination du fiduciaire testamentaire. Date de décès : _____

Renseignements sur un avocat (le cas échéant)

Si vous ou le Membre des Groupes avez engagé un avocat relativement à une réclamation découlant du produit de maille transvaginale AMS du Membre des Groupes, de quelque manière que ce soit, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de l'avocat :

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

Si une réclamation a déjà été soumise :

Date de signification	Numéro du dossier du tribunal	Territoire de dépôt
-----------------------	-------------------------------	---------------------

Acceptation et reconnaissance

J'ai lu ce qui précède et examiné et compris l'Avis de certification détaillé.

Je m'exclus par la présente (indiquer votre choix en cochant une ou plusieurs des case suivantes) :

- du recours collectif IUE AMS
- du recours collectif POP AMS
- de tout autre recours collectif certifié relatif à des produits de maille transvaginale AMS

Je comprends qu'en m'excluant :

- Je ne serai pas un membre du groupe et ne serai jamais admissible à un dédommagement quelconque dans le cadre du recours collectif duquel je me suis exclu.
- Tous les membres de ma famille qui auraient pu autrement être Membres des Groupes en vertu d'un lien personnel avec moi sont réputés exclus aussi.
- Je ne serai pas admissible à participer au recours collectif désigné.

En signant ce formulaire, je reconnais que j'ai examiné et compris l'Avis de certification détaillé.

Date	Signature (Membre des Groupes ou liquidateur, administrateur ou représentant personnel)
------	---

Pour être valide en tant que choix de s'exclure, ce formulaire doit être rempli, signé et envoyé tel que mentionné ci-dessus, **au plus tard le 28 juillet 2015**.

Les conséquences de la soumission du formulaire d'exclusion sont expliquées dans l'Avis de certification détaillé. Si vous avez des questions concernant l'utilisation ou la façon de remplir le formulaire, veuillez contacter votre avocat ou les Avocats des Groupes au 800-461-6166, poste 2367 ou, pour parler avec une représentante en français, veuillez faire le 800-461-6166, poste 2409.

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE DEMEURERONT
CONFIDENTIELS**