

# FORMULAIRE D'EXCLUSION

## LITIGE RELATIF AUX DISPOSITIFS DE MAILLES PELVIENNES POUR FEMMES American Medical Systems

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

1. Vous avez reçu l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale IUE d'AMS ou d'un Dispositif de Maille Transvaginale POP d'AMS pour la première fois **le ou après** le 29 mai 2015 ou avez seulement reçu l'implantation d'un des Dispositifs Additionnels IUE et POP d'AMS; **ET**
2. Vous souhaitez être **exclu** des actions collectives relatives aux Dispositifs de Maille d'AMS, qui incluent des dommages allégués subis par des femmes ayant reçu l'implantation de dispositifs de maille utilisés pour traiter l'Incontinence Urinaire d'Effort (« IUE ») et de dispositifs de maille utilisés pour traiter le Prolapsus des Organes Pelviens (« POP »).

S'exclure signifie que vous ne souhaitez pas faire partie des actions collectives. Si vous vous excluez, vous ne pourrez pas réclamer l'indemnité à laquelle vous pourriez autrement avoir droit en vertu du règlement, 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 (800) 461-6166, poste 2367 ou, pour parler à un représentant francophone, au (800) 461-6166, poste 2409.

### **Ce formulaire doit être soumis au plus tard le •.**

Vous pouvez soumettre ce formulaire de trois façons :

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

Exclusion des actions collectives relatives aux mailles transvaginales AMS  
c/o Siskinds LLP  
680 Waterloo Street  
P.O. Box 2520  
London, ON, 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 du district de Québec, en indiquant le numéro de dossier 200-06-000178-148, 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. **Si vous avez reçu l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale IUE ou POP d'AMS avant le 28 mai 2015, la date limite pour vous exclure est déjà passée et vous ne pouvez plus vous exclure.**

**Si vous vous êtes déjà exclus, vous ne pouvez pas vous inclure de nouveau.**

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

**Pour plus d'informations sur les Actions Collectives relatives aux Dispositifs de Mailles Pelviennes pour Femmes d'AMS, consultez l'« Avis en version détaillée » disponible au [www.amsmeshclassactions.ca](http://www.amsmeshclassactions.ca).**

## Les Avocats du Groupe sont :

### SISKINDS LLP

680 Waterloo Street  
P.O. Box 2520  
London, ON, N6A 3V8

Elizabeth deBoer  
Charles Wright  
Rachel Pardy

(800) 461-6166 x2367  
(519) 672-2121 x2367

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

### ROCHON GENOVA LLP

121 Richmond St. West  
Suite 900  
Toronto, ON, M5H 2K1

Joel Rochon  
Suzanne Chiodo

(416) 363-1867 x234

schiodo@rochongenova.com

### SISKINDS, DESMEULES sencrl

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

Erika Provencher

(418) 694-2009

recours@siskindsdesmeules.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 l'implant de maille :

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

Adresse de résidence actuelle ou dernière adresse connue utilisée par la personne avec l'implant de maille :

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code Postal

( )

Numéro de téléphone (jour)

( )

Numéro de téléphone (soir)

Adresse courriel

**Renseignements sur la Maille**

Veillez fournir les détails concernant la/les maille(s) 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 de stress

Prolapsus des organes pelviens

Identité du fabricant de la maille: \_\_\_\_\_

Modèle de maille : \_\_\_\_\_

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

Lieu/établissement où la maille a été implantée: \_\_\_\_\_

Médecin(s) traitant : \_\_\_\_\_

Si vous avez des documents indiquant le type de fabricant et le modèle de la maille, cochez cette case et joignez les copies : [  ]

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

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

Si vous avez subi des complications que vous croyez liées à la maille, 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 la maille, 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 dans « 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 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 Maille Pelvienne d'AMS 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 une action en justice a été déposée:*

---

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.

Par la présente, je m'exclue de toute action collective certifiée liée aux Dispositifs de Mailles Pelviennes pour Femmes d'AMS.

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 Exécuteur, 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 ● 2019**.

Les conséquences de la transmission de ce Formulaire d'Exclusion sont expliquées dans l'Avis en version détaillée. Si vous avez des questions sur l'utilisation ou la complétion de ce Formulaire, contactez votre avocat ou les Avocats du Groupe au (800) 461-6166 poste 2367 ou, pour parler à un représentant francophone, au (800) 461-6166 poste 2409.

**EN VERTU DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT, NOUS AVONS L'OBLIGATION DE FOURNIR VOTRE NOM AUX AVOCATS DES DÉFENDRESSES. AUTREMENT, LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE RESTERONT CONFIDENTIELS**