

FORMULAIRE D'EXCLUSION DE L'ACTION COLLECTIVE PANCANADIENNE RELATIVE AUX IMPLANTS MAMMAIRES ALLERGAN

www.AllerganBreastImplants.ca

Ce formulaire vous EXCLUT, de même que les membres de votre famille, de l'Action collective pancanadienne relative aux implants mammaires Allergan. N'utilisez PAS ce formulaire si vous souhaitez demeurer membre de l'Action collective et participer à l'Action collective.

Ce formulaire ainsi que l'Avis de certification qui est disponible sur les sites web des Avocats du groupe ou par courrier des Avocats du groupe sur demande doivent être lu ensemble. Les mots figurant en majuscules qui ne sont pas définis dans ce formulaire ont les significations qui leur sont données dans l'Avis de Certification. Les sites web et les autres coordonnées des Avocats du groupe sont fournies ci-dessous.

Pour être valide comme choix de vous exclure de l'action collective, ce Formulaire d'exclusion doit être complété, signé **et reçu** par l'Administrateur, Services d'Actions Collectives Epiq Canada Inc. **au plus tard le 30 juin 2025**

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels¹ fournis sur ce formulaire par les Membres du groupe primaires qui désirent s'exclure de l'Action collective sont recueillis, utilisés et conservés par les Avocats du groupe et les Avocats des Défenderesses conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, c.5 (LPRPDE):

- Afin d'identifier et tenir un registre des membres du groupe primaires qui choisissent de s'Exclure de l'Action collective conformément aux modalités du de l'Ordonnance de certification contesté du juge E.M. Morgan datée du 21 décembre 2022 et émise le 4 mai 2023.

Les informations recueillies sur ce formulaire seront traitées de façon confidentielle et privée et ne seront pas divulguées sans consentement exprès écrit, sauf de la manière prévue par la présente ou si la loi l'exige.

Veillez lire l'entièreté du formulaire et suivre attentivement les instructions.

- I. Renseignements personnels: Veuillez s'il vous plaît fournir les informations suivantes sur vous-même, ou, si vous remplissez ce Formulaire d'exclusion en tant que personne dûment autorisée à représenter un Membre du groupe primaire, veuillez s'il vous plaît fournir les informations suivantes sur le Membre du groupe primaire.

¹ Tel que défini dans la LPRPDE.

Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom de famille	
Adresse			No. d'appartement
Ville	Province/Territoire	Code postal	
Numéro de téléphone de jour () -	Numéro de téléphone de soir () -		
Date de naissance Jour / Mois / Année	Date de décès (s'il y a lieu) Jour / Mois / Année		
<p>Modèle(s) d'implant(s) mammaire(s) Allergan, si connu(s):</p> <p>Date(s) de l'implant:</p> <p>Date(s) de l'explant (s'il y a lieu):</p>			

II. Renseignements sur le représentant du Membre du groupe (s'il y a lieu): Si vous complétez ce Formulaire d'exclusion en tant que personne dûment autorisée à représenter un Membre du groupe primaire sous une incapacité légale ou la succession d'un membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants sur vous-même et joindre une copie de l'approbation de la cour ou autre autorisation à représenter le Membre du groupe primaire identifié dans la section I. ci-dessus.

Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom de famille	
Adresse			No. d'appartement
Ville	Province/Territoire	Code postal	
Numéro de téléphone de jour () -	Numéro de téléphone de soir () -	Relation avec le Membre du groupe	

Veillez joindre une copie d'une ordonnance du tribunal ou autre(s) document(s) officiel(s) démontrant que vous êtes le représentant dûment autorisé du Membre du groupe primaire et cochez la case ci-dessous décrivant le statut du Membre du groupe primaire:

Une personne mentalement incapable (copie d'une procuration permanente pour la propriété ou un certificat de tutelle légale);

La succession d'une personne décédée (lettres d'homologation, lettres d'administration ou certificat de nomination à titre de fiduciaire successoral).

III. Renseignements sur l'avocat (s'il y a lieu): Si vous (ou le Membre du groupe primaire, si applicable) avez engagé un avocat dans le cadre d'une réclamation découlant de l'implantation du Membre du groupe d'un ou de plusieurs Implants mammaires texturisés ou Implants mammaires Allergan en silicone, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de l'avocat :

Nom du cabinet d'avocats	
Prénom de l'avocat	Nom de famille de l'avocat
Numéro de téléphone de l'avocat	

V. Acceptation et reconnaissance

J'ai lu ce qui précède et je comprends qu'en m'excluant, je ne serai jamais éligible à participer en tant que Membre du groupe primaire dans l'Action collective et je ne serai pas éligible à demander toute indemnisation future à la suite de tout jugement favorable ou entente de règlement conclue dans l'Action collective.

Je comprends également qu'en s'excluant, tous les représentants personnels et tous les membres de la famille qui pourraient autrement présenter une demande d'indemnisation (par exemple Membres du groupe familial) sont réputés également s'être exclus.

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

Date de signature

Pour que le choix de s'exclure de l'action collective prenne effet, ce formulaire doit être complété et signé par le Membre du groupe primaire, ou, lorsque le Membre du groupe primaire est sous une incapacité légale, par le représentant dûment autorisé du Membre du groupe primaire. Un Formulaire d'exclusion ne doit pas être signé par l'avocat d'un Membre du groupe primaire légalement apte.

Tout Formulaire d'exclusion complété et signé doit être envoyé à l'Administrateur à l'adresse énumérée ci-dessous, par envoi par la poste régulière, livreur, fax ou courriel et **doit être reçu au plus tard le 30 juin 2025.**

Services d'Actions Collectives Epiq Canada Inc.

Attention: Allergan Breast Implant Class Action Administrator

BP 507 STN B

Ottawa, ON K1P 5P6

Email: info@AllerganBreastImplants.ca

Téléphone: 1-888-870-0704

Fax: 1-866-262-0816

Si vous avez des questions sur l'utilisation ou le remplissage de ce Formulaire d'exclusion, veuillez s'il vous plaît contacter votre avocat ou appeler les Avocats du groupe à l'un des numéros de téléphone énumérés ci-dessous :

Rochon Genova

121 rue Richmond O.
Bureau 900
Toronto, ON
M5H 2K1
1-866-881-2292
www.rochongenova.com

Thomson Rogers LLP

390 rue Bay
Bureau 3100
Toronto, ON
M5H 1W2
1-888-223-0448
www.trlaw.com

Rice Harbut Elliott LLP

980 rue Howe
Bureau 820
Vancouver, BC
V6Z 0C8
1-604-682-3771
www.rhelaw.com

Merchant Law Group

2401 Saskatchewan Drive
Bureau 100
Regina, SK
S4P 4H8
1-877-359-7777
www.merchantlaw.com

Les Avocats du groupe pour l'action collective au Québec (C.S.M. no de dossier: 500-06-000966-198) qui a été suspendue jusqu'à ce qu'un jugement final soit rendu dans cette Action collective sont :

Me Joey Zukran

LPC Avocats

276 rue Saint-Jacques, bureau 801

Montréal, Québec, H2Y 1N3

(514) 379-1572

jzukran@lpclex.com

<https://lpclex.com/fr/implantsmammaires/>

Me Joel Banon

Tiger Banon inc.

1010, Sherbrooke Ouest, bureau 716

Montréal, Québec, H3A 2R7

(514) 284-8401 ext. 103

jbanon@tigerbanon.com

www.tigerbanon.com

Le présent Formulaire d'exclusion a été autorisé par la Cour supérieure de justice de l'Ontario. S'il vous plaît, ne contactez pas la Cour.