Annexe G

FORMULAIRE D'EXCLUSION DE L'ACTION COLLECTIVE ONTARIENS CONTRE DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE CONCERNANT LA COVID-19

www.LTCClassActions.com

Ce formulaire d'exclusion doit être utilisé pour **EXCLURE** les réclamations des membres du groupe de l'Action Collective du gouvernement ontarien contre les foyers de soins de longue durée concernant la COVID-19.

VEUILLEZ NOTER : Les membres de la famille des membres du groupe résidents des foyers de soins de longue durée **n'ont pas** de réclamations indépendantes dans l'action collective et **ne peuvent pas se retirer personnellement** de l'action collective. Ce formulaire peut être **seulement** utilisé par les membres du groupe qui étaient résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario pendant la pandémie de COVID-19 ou par leurs représentants légaux.

NE PAS utiliser ce formulaire d'exclusion si vous êtes un membre du groupe résident en foyers de soins de longue durée (ou leur représentant légal) et que vous souhaitez participer à l'action collective.

Ce formulaire d'exclusion doit être lu conjointement avec l'Avis détaillée de certification, qui est disponible à l'adresse à fr.LTCClassActions.com ou qui peut être envoyé par la poste par les avocats du groupe ou par l'administrateur sur demande. Le site Web et les autres coordonnées des avocats du groupe et de l'administrateur sont fournis ci-dessous.

Pour être valide en tant que demande d'exclusion de l'action collective, ce formulaire d'exclusion doit être complété, signé et envoyé à l'administrateur via le portail en ligne à fr.LTCClassActions.com ou par courrier à P.O Box 3355, Londres, Ontario, Canada (N6A 4K3) au plus tard à la **27 novembre 2025 (la « date limite d'exclusion »)**. Veuillez noter que **vous ne pouvez pas** envoyer un formulaire d'exclusion par Courriel.

Le Formulaire d'exclusion ne seront considérés comme valides que s'ils sont reçus au plus tard à la date limite d'exclusion, le cachet de la poste faisant foi. Si vous souhaitez soumettre un Formulaire d'exclusion par voie électronique par le portail de l'administrateur, il ne sera considéré comme valide que si vous recevez un avis d'accusé de réception de la part de l'administrateur par Courriel. Si vous ne recevez PAS d'accusé de réception, veuillez soumettre à nouveau votre Formulaire d'exclusion.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels (telles que définies dans la LPRPDE) fournies dans ce formulaire par les membres du groupe qui souhaitent se retirer de l'action collective sont recueillis, utilisées et conservées 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 de groupe qui choisissent de s'exclure de l'action collective.

Les informations recueillies sur ce formulaire seront traitées de façon confidentielle et privée et ne seront pas divulguées sans consentement 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 plait fournir les informations suivantes sur vous-même, ou, si vous remplissez ce formulaire d'exclusion en tant que représentant dûment autorisé d'un membre du groupe vivant ou décédé, veuillez s'il vous plaît fournir les informations suivantes sur le Membre du groupe.

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		

- 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 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 un Membre du groupe 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, si applicable) avez engagé un avocat dans le cadre d'une réclamation découlant de l'infection par la COVID-19 d'un résident à un foyer de SLD inclus, 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 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 être valide en tant que demande d'exclusion de l'action collective, ce formulaire doit être complété et signé **par le Membre du groupe**, ou, par le représentant légal dûment autorisé du

Membre du groupe comme indiqué ci-dessus, lorsque le Membre du groupe est sous une incapacité légale ou décédé. Un Formulaire d'exclusion **ne doit pas** être signé par l'avocat d'un Membre du groupe.

Vous pouvez vous exclure en soumettant un formulaire d'exclusion électroniquement via le portail en ligne sur fr.LTCCClassActions.com avant la **date limite d'exclusion, le 27 novembre 2025**. Veuillez noter que si vous soumettez votre formulaire d'exclusion électroniquement, il ne sera considérée comme valide que si vous recevez une confirmation par courriel de l'Administrateur. Si vous ne recevez pas de confirmation par courriel de la part de l'Administrateur, votre formulaire d'exclusion n'a pas été reçue et n'est pas valide.

Vous pouvez également vous exclure en téléchargeant et en envoyant par courrier un formulaire d'exclusion à l'Administrateur à la P.O Box 3355, London, Ontario, Canada (N6A 4K3). Ces formulaires d'exclusion doivent être postés avant la **Date limite d'exclusion, le 27 novembre 2025**.

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 ci-dessous :

ROCHON GENOVA 1-800-462-3864 contact@rochongenova.com	HIMELFARB PROSZANSKI 1-855-297-5522 info@himpro.ca	CERISE LATIBEAUDIERE LAW 416-504-6055 info@cclaw.ca	DIAMOND & DIAMOND LAWYERS LLP 1-800-567-4878 mathura@diamonddlaw.ca
--	---	---	--

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.