

RÈGLEMENT NATIONAL DES ACTIONS COLLECTIVES RELATIVES AU RAPPEL D'ALLERJECT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR DOMMAGES CORPORELS

À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DE CE
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION, INCLURE LA DOCUMENTATION DEMANDÉE, ET, SI NÉCESSAIRE, JOINDRE
DES FEUILLES ADDITIONNELLES.

(Veuillez taper ou utiliser un stylo à encre bleue ou noire et écrire lisiblement)

DATE LIMITE DES RECLAMATIONS: 10 SEPTEMBRE 2019

**Pour être admissible à une indemnité si vous êtes un membre du groupe visé par le règlement,
vous devez déposer un formulaire de réclamation avant le 10 septembre 2019.**

APERÇU DU PROCESSUS DE RÉCLAMATION :

Pour être admissible à une indemnisation, vous devez d'abord établir que vous avez acheté, utilisé, ingéré ou acquis un auto-injecteur d'épinéphrine Allerject de 0.15mg/0.15mL et 0.3mg/0.3mL (désigné comme Appareil Allerject) au Canada ou vous êtes le conjoint, l'enfant ou le petit-enfant, le parent, le grand-parent, le frère ou la sœur d'une personne ayant acheté, utilisé ou acquis un Appareil Allerject et, en raison de votre relation avec cette personne, vous êtes en droit de faire une réclamation.

Si vous répondez à ces exigences, et soutenez que vous (ou la personne pour qui vous réclamez) avez subi des dommages corporels dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes, vous pourriez être admissible à un recouvrement :

- A. Situation A – Réclamation de Niveau A** – Vous (ou la personne pour qui vous réclamez) avez utilisé un Appareil Allerject non périmé en raison d'une réaction allergique, et l'Appareil Allerject n'a pas fourni la réponse pharmacologique attendue et vous (ou la personne pour qui vous réclamez) avez dû obtenir des soins médicaux d'urgence sans être hospitalisé. Si cela est établi, vous serez admissible à un paiement de 2 000 \$.
- B. Situation B – Réclamation de Niveau B** – Vous (ou la personne pour qui vous réclamez) avez utilisé un Appareil Allerject non périmé en raison d'une réaction allergique, et l'Appareil Allerject n'a pas fourni la réponse pharmacologique attendue et vous (ou la personne pour qui vous réclamez) avez dû obtenir des soins médicaux d'urgence et avez été hospitalisé en raison de ladite réaction allergique. Si cela est établi, vous serez admissible à un paiement de 4 000 \$.

Si votre situation correspond à l'une ou l'autre des Situations A ou B, vous pourriez être admissibles à des dommages compensatoires si vous soumettez ce Formulaire de réclamation avant la Date limite de présentation des réclamations du **10 septembre 2019**.

Chaque Formulaire de réclamation doit être appuyé d'une preuve ou d'une documentation comme celle décrite ci-dessous et doit respecter toutes les conditions et exigences énoncées dans les présentes, et sera considéré et validé par l'Administrateur des réclamations. Veuillez noter que les dossiers médicaux et les dossiers de pharmacie mentionnés ci-dessous sont nécessaires pour permettre à l'Administrateur des réclamations de bien évaluer si vous répondez aux conditions d'admissibilité prévues à la Convention de règlement et de procéder à l'évaluation de la réclamation.

Par conséquent, l'Administrateur des réclamations examinera soigneusement chacun des Formulaires de réclamations et tous les documents à l'appui pour s'assurer qu'ils soient complets et pour confirmer qu'un jeu complet des dossiers médicaux et des dossiers de pharmacie a été fourni et qu'il n'y a aucune preuve suggérant que des dossiers auraient été retenus ou modifiés de quelque façon que ce soit.

“Dossiers médicaux” désigne l'ensemble du dossier tenu par un professionnel de la santé ou un établissement de santé relativement aux antécédents, soins, diagnostics et traitements d'un réclamant, incluant les formulaires d'admission de nouveaux patients complétés par ou pour le réclamant, les notes des médecins, les notes d'infirmières, les rapports de consultations, les résultats de tests en laboratoire, les rapports de toutes procédures de diagnostic, les sommaires d'admission, les résumés de congé, les formulaires de consentement, les registres d'administration ou de prescription de médicaments, et toutes les communications entre un professionnel de la santé et un réclamant (ou son représentant/tuteur légal) ou entre deux ou plusieurs professionnels de la santé concernant un réclamant.

“Dossiers de pharmacie” désigne tous les documents se rapportant à la préparation, la dispensation et la délivrance de médicaments, d'appareils médicaux, ou autres modalités de traitements offerts par une pharmacie ou toute autre personne qui dispense des médicaments sur ordonnance, ou provenant d'un organisme de santé provincial ayant un registre central de toutes les ordonnances délivrées à un individu.

POUR PLUS D'INFORMATION OU DE L'AIDE AVEC CE FORMULAIRE

www.allerjectrecallsettlement.com

Merchant Law Group LLP (Avocats du Groupe)

Trilogy Class Action Services

Règlement des actions collectives du
rappel d'Allerject
117 Queen Street, PO Box 1000
Niagara-on-the-Lake, ON L0S 1J0
Tel: 1-866-329-7153
Fax: 1-416-342-1761
inquiry@trilogyclassactions.ca

Pour les résidents du Québec

200-10, rue Notre-Dame Est
Montreal, QC H2Y 1B7

Erik Lowe
Tel: (514) 248-7777
Fax: (514) 842-6687
allerject@merchantlaw.com

Pour les résidents à l'extérieur du Québec

2401 Saskatchewan Drive
Regina, SK S4P 4H8

E.F. Anthony Merchant, c.r.
Tel: (306) 359-7777
Fax: (306) 522-3299
allerject@merchantlaw.com

Nom et coordonnées de la personne qui soumet une réclamation :

Prénom :

Autre prénom :

Nom de famille :

Adresse postale :

Pays :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

Préférence linguistique : Anglais Français

Si vous réclamez pour une autre personne, veuillez identifier la personne pour qui vous réclamez ou la personne assurée :

Prénom :

Autre prénom :

Nom de famille :

Adresse postale :

Pays :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

Préférence linguistique : Anglais Français Lien avec la personne :

Veuillez joindre au présent Formulaire un/des document(s) établissant que vous êtes autorisé à agir au nom du réclamant (e.g. procuration, lettres d'administration, testament, certificat de décès).

IDENTIFICATION DE L'AVOCAT (SI APPLICABLE)

Cette section doit être remplie seulement si un avocat représente le réclamant. Veuillez noter que si vous complétez cette section, toute la correspondance sera acheminée à votre avocat.

Nom du cabinet :

Nom de l'avocat :

Adresse postale :

Ville :

Province:

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Télécopier :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE DE SOINS :

Médecin traitant ayant été impliqué dans les soins donnés à l'individu donnant lieu à la réclamation :

Nom :

Adresse postale :

Ville :

Province:

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Télécopier :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

MÉDECIN TRAITANT AYANT PRESCRIT L'APPAREIL ALLERJECT :

Nom :

Adresse postale :

Ville :

Province:

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Télécopier :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

PHARMACIEN AYANT DÉLIVRÉ L'APPAREIL ALLERJECT :

Nom :

Adresse postale :

Ville :

Province:

Code postal :

Téléphone :

Indicatif régional

Nombre

Télécopier :

Indicatif régional

Nombre

Courriel :

FAITS CONCERNANT L'UTILISATION DE L'APPAREIL ALLERJECT DONNANT LIEU À LA RECLAMATION :

Date d'acquisition de l'Appareil Allerject :

Numéro de lot Number (si disponible):

Date de péremption (si disponible):

Veillez fournir une copie des dossiers de pharmacie relatifs à la distribution de l'Appareil Allerject

CIRCONSTANCES ALLÉGUÉES:

Veillez décrire les circonstances ayant donné lieu à l'utilisation de l'Appareil Allerject :

TRAITEMENT

Veillez décrire les soins médicaux additionnels et/ou l'hospitalisation ayant suivi l'utilisation de l'Appareil Allerject, incluant le(s) nom(s) et l'adresse de tout professionnel de la santé ou hôpital qui vous a traité, ainsi que les détails entourant les procédures subies ou les médicaments prescrits, et fournir les documents demandés ci-dessous :

Veillez fournir une copie des dossiers médicaux de tout professionnel de la santé ou hôpital ayant traité l'individu en raison de son utilisation de l'Appereil Allerject et qui appuient les informations fournies ci-dessus à compter de la date d'utilisation jusqu'à la date où la situation médicale a été complètement résolue.

- Je déclare solennellement que toute l'information fournie dans ce Formulaire de réclamation, lequel a été approuvé aux fins des procédures de règlement, est véridique et exacte et que tous les documents produits sont des copies conformes des dossiers qui m'ont été fournis par le(s) professionnel(s) de la santé, le(s) pharmacien(s), le(s) organisme(s) de santé provincial(aux) et/ou les compagnies d'assurance.

- Je reconnais que le fait de sciemment présenter une fausse réclamation peut constituer une fraude civile ou criminelle et contrevenir au jugement de la Cour rendu dans le cadre des présentes procédures.

Date :

Signature :

Nom en lettres moulées

Date :

Témoïn :

Signature :

Nom en lettres moulées