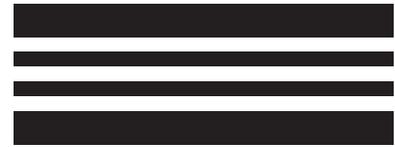


Recours collectif relatif à Avandia
RicePoint Administration
PO Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade
Toronto (Ontario) M5W 4B1



GXQ

Albert Carl Sweetland et Barbara Fontaine v. Glaxosmithkline Inc. et Glaxosmithkline LLC
COUR SUPRÊME DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE

No de dossier Hfx. : 315567

La date figurant sur le cachet de la poste ne peut être postérieure au 15 juillet 2020

Formulaire de réclamation

RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT MEMBRE DU RECOURS COLLECTIF PRINCIPAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Init.	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse principale		
<input type="text"/>		
Adresse principale (suite)		
<input type="text"/>		
Ville		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province	Code postal	Pays/Abréviation

TROUSSE DE RÉCLAMATION Privé et confidentiel

La présente trousse de réclamation contient :

- une entente et des instructions
- un formulaire de réclamation
- un énoncé de confidentialité
- une déclaration relative aux facteurs de risque

ENTENTE ET INSTRUCTIONS

- A. Le présent document constitue un « formulaire de réclamation » dont il est fait mention dans l'entente modifiée de règlement national concernant le recours collectif relatif à Avandia datée du 3 juin 2019 (l'« entente de règlement ») visant le règlement de tous les passifs de Glaxosmithkline Inc. et de Glaxosmithkline LLC ainsi que de toutes réclamations en dommages-intérêts contre Glaxosmithkline Inc. et Glaxosmithkline LLC présentées par toutes les personnes au Canada, y compris leurs successions, à qui le médicament Avandia a été prescrit et qui ont ingéré ce médicament (le « recours collectif principal »); et les conjoints (y compris les conjoints de fait et les conjoints de même sexe), enfants, petits-enfants, parents, grands-parents, frères et sœurs des membres décédés du recours collectif principal (le « recours collectif des familles »). Les termes clés utilisés dans le présent formulaire de réclamation sans y être définis ont le sens qui leur est donné dans l'entente de règlement. En cas de conflit entre les modalités du présent formulaire de réclamation et les modalités de l'entente de règlement, les modalités de l'entente de règlement prévaudront.
- B. Le présent formulaire de réclamation doit être utilisé aux fins de la présentation d'une réclamation pour lésion corporelle alléguée par :
- a) toutes les personnes au Canada, y compris leurs successions, à qui le médicament Avandia a été prescrit et qui ont ingéré ce médicament (le « recours collectif principal »).

Les conjoints (y compris les conjoints de fait et les conjoints de même sexe), enfants, petits-enfants, parents, grands-parents, frères et sœurs des membres décédés du recours collectif principal (le « recours collectif des familles ») n'ont pas droit à une indemnité aux termes de l'entente de règlement.



POUR TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS UNIQUÈMENT	OB <input type="text"/>	CB <input type="text"/>	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
---	-------------------------	-------------------------	--	---

C. AU PLUS TARD LE 15 JUILLET 2020, VOUS DEVEZ SIGNIFIER chacun des documents suivants :

- (1) le formulaire de réclamation dûment rempli et daté;
- (2) tous les documents justificatifs;
- (3) le formulaire de déclaration relative aux facteurs de risque dûment rempli (facultatif).

Tous ces documents doivent être envoyés à l'administrateur des réclamations, à l'adresse suivante :

Recours collectif relatif à Avandia
Ricepoint Administration
PO Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade
Toronto (Ontario) M5W 4B1

D. Dans la mesure où la personne qui présente le présent formulaire de réclamation au nom d'un requérant du recours collectif principal représente un mineur, une personne incapable, une personne frappée d'invalidité ou la succession d'une personne décédée, ce représentant doit déclarer et garantir qu'il est dûment autorisé, à titre de représentant, à présenter la réclamation et à en fournir la preuve.

E. Avis : La présentation d'un formulaire de réclamation et/ou de tout autre document à l'administrateur des réclamations, aux parties défenderesses, aux avocats du recours collectif ou à toute autre personne ne signifie pas que le requérant membre du recours collectif principal recevra un paiement en vertu de l'entente de règlement. Les requérants qui sont membres du recours collectif principal doit d'abord remplir des critères d'admissibilité stricts approuvés par les tribunaux pour avoir droit à un paiement en vertu de l'entente de règlement.

F. L'ensemble des documents et des renseignements relatifs au règlement peuvent être consultés sur le site Web du règlement, au : <http://www.avandiaclassaction.com/>.

On peut communiquer avec l'Administrateur des réclamations pour obtenir des éclaircissements ou poser des questions :
par téléphone, au 1-866-458-2144 (sans frais)
par courriel, à Info@AvandiaClassAction.com

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE REQUÉRANT OU EN SON NOM

DATE LIMITE POUR LA PRÉSENTATION DES DOCUMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION : LE 15 JUILLET 2020

SAUF INDICATION CONTRAIRE, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS FIGURANT SUR LE PRÉSENT FORMULAIRE CI-APRÈS ET, AU BESOIN, JOINDRE DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES

TOUS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS ET LES DOSSIERS MÉDICAUX DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS POUR PROUVER L'ADMISSIBILITÉ DE LA RÉCLAMATION

CATÉGORIE DE RÉCLAMATION :

Veillez cocher ci-après le(s) type(s) d'événement(s) qui, selon votre réclamation, résulte(nt) de l'utilisation d'Avandia. Les membres du recours collectif peuvent recevoir une indemnité s'ils ont utilisé Avandia pendant au moins 30 jours consécutifs avant décembre 2010 et qu'ils ont subi ce qui suit au plus tard un an suivant l'utilisation du médicament : un infarctus du myocarde (crise cardiaque), une insuffisance cardiaque congestive, un pontage aortocoronarien (PAC) ou l'insertion d'une endoprothèse coronarienne percutanée. D'autres critères d'admissibilité décrits dans l'entente de règlement feront varier le montant de l'indemnité que vous recevrez.

REEMPLIR LE(S) CERCLE(S) CORRESPONDANT(S)

Les dossiers médicaux concomitants doivent démontrer un des troubles cardiaques indiqués ci-après.

Veillez indiquer quel est le trouble cardiaque en question.

<input type="radio"/>	Un diagnostic définitif d'infarctus du myocarde (« IM ») (ce qui inclut un diagnostic définitif qui est contenu dans les dossiers médicaux produits dans le cadre de la prestation de soins médicaux et qui interprète les signes cliniques et/ou les tests diagnostiques pour conclure qu'un IM s'est produit à ce moment ou approximativement à ce moment ou, subsidiairement aux fins du critère susmentionné, que le décès est attribuable à un trouble cardiaque en l'absence de toute autre cause de décès).
<input type="radio"/>	A subi un pontage aortocoronarien.
<input type="radio"/>	A subi une intervention coronarienne avec insertion d'endoprothèse.
<input type="radio"/>	Un diagnostic définitif des premiers signes ou de l'exacerbation d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC) (ce qui inclut un diagnostic définitif des premiers signes ou de l'exacerbation d'une ICC qui est contenu dans les dossiers médicaux produits dans le cadre de la prestation de soins médicaux et qui interprète les signes cliniques et/ou les tests diagnostiques pour conclure à l'existence des premiers signes ou à l'exacerbation d'une ICC à ce moment ou approximativement à ce moment).



1. Renseignements sur le requérant membre du recours collectif principal :

a. Nom actuel et autres noms (p. ex. nom de jeune fille ou de personne mariée) utilisés par le requérant membre du recours collectif principal relativement au trouble cardiaque :

Titre de civilité : M M^{me} M^{lle} Dr

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Nom de famille antérieur

b. Adresse personnelle actuelle ou dernière adresse personnelle connue du requérant membre du recours collectif principal :

Adresse principale

Adresse principale (suite)

Ville

Province

Code postal

Pays/Abréviation

 — —

Numéro de téléphone (jour)

 — —

Numéro de téléphone (soir)

Adresse électronique

c. Date de naissance du requérant membre du recours collectif principal : / /

d. Numéro d'assurance-maladie du requérant membre du recours collectif principal :

e. Langue de préférence : Anglais Français

2. Renseignements sur un représentant légal (p. ex. l'exécuteur testamentaire de la succession du membre du recours collectif principal) (s'il y a lieu)

La présente section doit être remplie seulement si la réclamation est faite par un représentant légal au nom d'un membre du recours collectif principal.

Si vous présentez une réclamation à titre de représentant légal du requérant membre du recours collectif principal, veuillez fournir des détails sur votre relation avec ce requérant (p. ex. à titre d'exécuteur testamentaire pour la succession d'un requérant membre du recours collectif principal) et joindre des copies des ordonnances du tribunal attestant cette nomination ou de tous autres documents officiels ou autorisations attestant que vous êtes le représentant légal dûment autorisé du requérant membre du recours collectif principal.

Type de représentant légal (p. ex. exécuteur testamentaire, tuteur)

Titre de civilité : M M^{me} M^{lle} Dr

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Nom de famille antérieur



DÉCLARATION RELATIVE AUX FACTEURS DE RISQUE

Le soussigné / La soussignée, _____, de la ville de _____, dans la province d'/de _____,

DÉCLARE SOLENNELLEMENT CE QUI SUIT :

1. Avant que je subisse un trouble cardiaque, on ne m'a pas diagnostiqué ou prescrit ce qui suit, selon le cas :
 - i. une insuffisance cardiaque congestive (ICC);
 - ii. un infarctus du myocarde (crise cardiaque);
 - iii. une maladie coronarienne (MC);
 - iv. un taux de cholestérol élevé et/ou des hypocholestérolémiants;
 - v. de l'hypertension artérielle et/ou des antihypertenseurs;
 - vi. de l'obésité;
 - vii. une dépendance à l'alcool/de l'alcoolisme (dans les deux (2) ans précédant mon incident cardiaque)
2. Je n'ai pas fumé de cigarettes ou de cigares dans l'année précédant mon incident cardiaque.
3. Je n'ai pas fait usage de drogues illégales (y compris, sans limitation, la cocaïne, le LSD et l'héroïne, mais exclusion faite de la marijuana) dans les deux (2) ans précédant mon incident cardiaque.
4. Je reconnais et je comprends que la présente déclaration est un document judiciaire officiel sanctionné par la Cour qui statue sur le règlement, et que la présentation de la présente déclaration à l'administrateur des réclamations équivaut à un dépôt de cette déclaration à la Cour.

Conformément au protocole de dédommagement, je joins mon dossier médical au soutien de la présente déclaration. Je comprends que l'administrateur des réclamations peut examiner ce dossier pour confirmer la teneur de la présente déclaration.

Après avoir vérifié les renseignements fournis dans la présente déclaration, je déclare sous peine de parjure que les renseignements fournis dans la présente déclaration et dans le présent formulaire de réclamation sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Je consens par les présentes à ce que les renseignements contenus dans les présentes soient communiqués dans la mesure nécessaire pour traiter la présente réclamation d'avantages. J'autorise par les présentes l'administrateur des réclamations à communiquer avec moi au besoin pour administrer la réclamation.

Signature du requérant (ou de son représentant)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du requérant (ou de son représentant) en caractères d'imprimerie

Signature de l'avocat du requérant (s'il y a lieu)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de l'avocat du requérant en caractères d'imprimerie

Signature du témoin

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

