

**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE CANADIENNE RELATIVE À
ABILIFY® ET À ABILIFY MAINTENA®**

FORMULAIRE D'EXCLUSION

Le présent formulaire N'est PAS un Formulaire de réclamation. Si vous vous êtes fait prescrire¹ et que vous avez reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® entre le 6 février 2014 et le 16 décembre 2016, le fait de remplir le présent formulaire vous EXCLURA, vous et les membres de votre famille, du Règlement canadien².

Si vous vous êtes fait prescrire et que vous avez ingéré des comprimés d'ABILIFY® avant le 23 février 2017, vous devez obtenir la permission du Tribunal du Québec pour vous exclure tardivement du Règlement. Veuillez vous reporter à la rubrique « Membre du groupe ABILIFY® » ci-après.

Si vous avez utilisé ABILIFY® et ABILIFY MAINTENA® pendant les périodes indiquées et que vous souhaitez vous exclure du Règlement, veuillez consulter les Avocats du groupe ci-après avant de remplir le présent formulaire.

NE REMPLISSEZ PAS le présent formulaire si vous souhaitez obtenir une indemnisation aux termes du Règlement canadien relatif à ABILIFY® et à ABILIFY MAINTENA®.

Pour prendre effet en tant que choix vous excluant des Recours, le présent Formulaire d'exclusion doit être rempli, signé et reçu par l'Administrateur des réclamations **au plus tard le 20 décembre 2024.**

Veillez lire le formulaire en entier et suivre les instructions attentivement. Seuls les Formulaires d'exclusion remplis portant le cachet de la poste ou reçus par l'Administrateur des réclamations au plus tard le 20 décembre 2024 seront considérés comme valides.

RUBRIQUE 1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI SIGNE LE PRÉSENT FORMULAIRE D'EXCLUSION (SÉLECTIONNEZ UNE SEULE OPTION) :

Membre du groupe ABILIFY MAINTENA® – Je me suis fait prescrire et j'ai reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® entre le 6 février 2014 et le 16 décembre 2016. En remplissant et en signant le présent Formulaire d'exclusion, je m'exclus du Règlement

¹ Les termes « prescrire » et « prescription » comprennent la réception d'échantillons d'ABILIFY® de la part de professionnels de la société.

² À moins qu'ils ne soient définis autrement dans les présentes, les termes commençant par la majuscule ont le sens qui leur est attribué dans l'Entente de règlement.

canadien. Je comprends qu'en m'excluant du Règlement, JE M'EXCLUS, ainsi que tout Membre de la famille du membre du groupe admissible, de la réception d'indemnités aux termes de l'Entente de règlement.

Membre du groupe ABILIFY® – Je me suis fait prescrire et j'ai ingéré ABILIFY® avant le 23 février 2017. En remplissant et en signant le présent Formulaire d'exclusion, j'indique mon intention de demander une exclusion tardive de l'Action collective québécoise préalablement autorisée. Je comprends que le fait de remplir le présent formulaire ne m'autorise pas à m'exclure et que je dois faire une demande au Tribunal du Québec pour ce faire, qui peut ou non être accordée par le Tribunal du Québec. Je comprends que si le Tribunal du Québec m'autorise à m'exclure du Règlement, je M'EXCLURAI, ainsi que tout Membre de la famille du membre du groupe admissible, de la réception d'indemnités aux termes du Règlement et que si le Tribunal du Québec n'accepte pas ma demande, je serai lié(e) par le Règlement, y compris la quittance à l'égard de ma réclamation.

Représentant légal – Je suis le représentant légal du Membre du groupe visé par le règlement susmentionné. En remplissant et en signant le présent Formulaire d'exclusion, j'exclus le Membre du groupe visé par le règlement de l'Entente de règlement canadienne relative à ABILIFY® et à ABILIFY MAINTENA®. Je comprends qu'en excluant le Membre du groupe visé par le règlement de l'Entente de règlement, je l'exclus, ainsi que tout Membre de la famille du membre du groupe admissible, de la réception d'indemnités aux termes de l'Entente de règlement.

RUBRIQUE 2 – RAISON DE VOTRE EXCLUSION (RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS) – Si vous souhaitez donner la raison pour laquelle vous vous excluez de l'Entente de règlement, veuillez l'indiquer ci-après :

RUBRIQUE 3 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – Veuillez fournir les renseignements suivants à votre sujet ou si vous produisez le présent Formulaire d'exclusion en tant que représentant légal d'un Membre du groupe visé par le règlement, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de celui-ci.

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone (jour) _____

Téléphone (autre) _____

Courriel _____

Numéro d'assurance maladie _____

Date du décès (le cas échéant) _____ Certificat de décès joint
JJ/MM/AAAA

Veillez joindre une copie d'une ordonnance du tribunal ou d'un ou de plusieurs autres documents officiels attestant que vous êtes le représentant légal dûment autorisé du Membre du groupe et cocher la case ci-après décrivant le statut du Membre du groupe :

_____ mineur (ordonnance du tribunal nommant le tuteur aux biens ou ordonnance de garde, le cas échéant, ou affidavit sous serment de la personne ayant la garde du mineur);

_____ personne incapable mentalement (copie d'une procuration perpétuelle à l'égard des biens ou d'un certificat de tutelle sous régime législatif);

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

RUBRIQUE 4 – RENSEIGNEMENTS SUR L'AVOCAT (LE CAS ÉCHÉANT) – Si vous, ou le Membre du groupe visé par le règlement, avez retenu les services d'un avocat dans le cadre d'une réclamation découlant de l'utilisation d'ABILIFY® ou d'ABILIFY MAINTENA® par le Membre du groupe, veuillez fournir les renseignements suivants sur l'avocat :

Prénom et nom de l'avocat _____

Cabinet d'avocats _____

Numéro de téléphone de l'avocat _____

Adresse courriel de l'avocat _____

RUBRIQUE 5 – SIGNATURE

Date _____

JJ/MM/AAAA

Nom du Membre du groupe visé par le règlement _____

Signature du Membre du groupe visé par le règlement _____

Nom du représentant légal (le cas échéant) _____

Signature du représentant légal (le cas échéant) _____

Nom de l'avocat (le cas échéant) _____

Signature de l'avocat (le cas échéant) _____

La date limite pour soumettre un Formulaire d'exclusion est le 20 DÉCEMBRE 2024.

Pour prendre effet en tant que choix vous excluant des procédures, le présent formulaire doit être rempli, signé, envoyé à l'Administrateur des réclamations à l'adresse indiquée ci-après, par courrier ordinaire, par service de messagerie ou par télécopieur **et doit être reçu** par l'Administrateur des réclamations **au plus tard le 20 décembre 2024 à l'adresse suivante.:**

MNP Ltée – Administration des actions collectives
 2000, 112 - 4th Avenue SW
 Calgary (Alberta) T2P 0H3
abilifysettlement@mnp.ca
 Sans frais : 1-855-653-0027

Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser ou de remplir le présent Formulaire d'exclusion, veuillez communiquer avec les Avocats du groupe, votre avocat ou l'Administrateur des réclamations.

AVOCATS DU GROUPE

ROCHON GENOVA LLP 900-121 Richmond St. W. Toronto (Ontario) M5H 2K1 Joel P. Rochon Golnaz Nayerahmadi Sarah J. Fiddes Tél. : 416-363-1867 contact@rochongenova.com	GROUPE DE DROIT DES CONSOMMATEURS INC. 1030, rue Berri, bureau 102 Montreal (Québec) H2L 4C3 Jeff Orenstein Tél. : 1-888-909-7863 514-266-7863 613-627-4894 abilify@clg.org
---	---