

Administrateur de règlement  
a/s RicePoint Administration Inc.  
P.O. Box 4454, Toronto Station A  
25 The Esplanade  
Toronto, ON M5W 4B1



**TRQ**

*ACTIONS COLLECTIVES RELATIVES AUX DISPOSITIFS  
DE MAILLE PELVIENNE POUR FEMMES AMS*

**DOIT ÊTRE POSTÉ AU PLUS TARD LE 27 JUILLET 2022, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI**

**Formulaire de réclamation - période de réclamation supplémentaire**

**RÈGLEMENT CONCERNANT LES ACTIONS COLLECTIVES RELATIVES AUX MAILLES PELVIENNES POUR FEMMES AMERICAN MEDICAL SYSTEMS INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES RÉCLAMANTS**

Les dispositifs de maille pelvienne American Medical Systems sont utilisés pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (« IUE ») ou le prolapsus des organes pelviens (« POP »). Pour être recevable, une réclamation doit être déposée pour une personne résidant au Canada et concerner un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS implanté au plus tard le 25 juin 2019.

Aux fins du présent formulaire de réclamation, « dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS » comprend les produits énumérés ci-dessous. Si on vous a implanté plus d'un dispositif énuméré ci-dessous, vous pouvez faire une réclamation pour chacun de ces dispositifs.

**Les dispositifs pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort sont les suivants:** SPARC® (incluant, mais sans s'y limiter, SPARC® Sling System), BioArc® (incluant, mais sans s'y limiter, BioArc® TO Sling Kit, BioArc® TO System avec InteXen® LP, BioArc® SP Sling Kit et BioArc® SP System avec InteXen® LP), Monarc® (incluant, mais sans s'y limiter, Monarc® Subfascial Hammock, Monarc® C Subfascial Hammock et Monarc® + Subfascial Hammock), MiniArc® (incluant, mais sans s'y limiter, MiniArc® Single-Incision Sling System, MiniArc® Precise™ Single-Incision Sling System, et MiniArc® Pro™ Single-Incision Sling System), In-Fast® (incluant, mais sans s'y limiter, In-Fast® Bone Screw System, In-Fast Ultra® Bone Screw System, In-Fast® Sling System, In-Fast Ultra® Sling System et In-Fast® avec Influence-TRG Gelseal) et RetroArc™ (incluant, mais sans s'y limiter, RetroArc™ Retropubic Sling System).

**Les dispositifs pour le traitement du prolapsus des organes pelviens sont les suivants:** Apogee® (incluant, mais sans s'y limiter, Apogee® Vault Suspension System, Apogee® System avec Cape, Apogee® System avec Bio-Cape, Apogee® Enhanced, Apogee® System avec IntePro®, Apogee® System avec IntePro® Lite, and Apogee® System avec InteXen® LP), Elevate® (incluant, mais sans s'y limiter, Elevate® Apical et Posterior Prolapse Repair System avec IntePro® Lite, Elevate® Apical et Posterior Prolapse Repair System avec InteXen® LP, Elevate® Anterior & Apical Prolapse Repair System avec IntePro® Lite, Elevate® Anterior & Apical Prolapse Repair System avec InteXen® LP, Elevate® PC Apical & Posterior Prolapse Repair System, et Elevate® PC Anterior & Apical Prolapse Repair System), et Perigee® (incluant, mais sans s'y limiter, Perigee® System, Perigee® System avec IntePro®, Perigee® System avec Biologic InteGraft, Perigee® Enhanced, Perigee® System avec IntePro® Lite, Perigee® Plus, Perigee® Plus avec IntePro® Lite et Perigee® System avec InteXen® LP).

**Autres dispositifs :** Straight-In Sacral Colpopexy System, InteMesh Silicone-coated sling/silicone-coated surgical mesh avec ou sans InhibiZone, InteXen Porcine Dermal Matrix, IntePro Large pore Polypropylene Y mesh et Triangle.

**DATE LIMITE POUR DÉPOSER UNE RÉCLAMATION : 27 JUILLET 2022**

**Les formulaires de réclamation peuvent être soumis à l'administrateur des réclamations en ligne au [www.amsmeshclassactions.ca](http://www.amsmeshclassactions.ca).**



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="checkbox"/>	CB <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---

**Les formulaires de réclamation papier doivent être envoyés par la poste au plus tard le 27 juillet 2022, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante :**

*Actions collectives relatives aux dispositifs de maille pelvienne pour femmes AMS*

a/s RicePoint Administration Inc.

P.O. Box 4454, Toronto Station A

25 The Esplanade

Toronto (Ontario) M5W 4B1

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour compléter le formulaire de réclamation, vous pouvez, à vos frais, retenir les services d'un avocat ou communiquer gratuitement avec l'administrateur des réclamations au 1-866-571-7804. **Les réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour compléter leur formulaire de réclamation assument entièrement les honoraires et les déboursés de ceux-ci.**

Les réclamants (ou leurs avocats ou mandataires) **doivent** informer l'administrateur des réclamations **par écrit** de tout changement ou de toute correction à apporter à leur nom, à leur adresse ou à leur numéro de téléphone ainsi que de tout changement de représentant légal.

Veillez conserver des copies de tous les documents que vous transmettez à l'administrateur des réclamations.

Comme il pourrait vous falloir plusieurs semaines, même plus longtemps, pour obtenir les dossiers médicaux à l'appui de votre réclamation, nous vous recommandons de commencer dès maintenant le processus de réclamation.

Si vous déposez une réclamation pour le compte d'une succession ou d'une personne inapte, vous devez fournir tous les documents attestant votre qualité de représentant de la succession ou de la personne inapte.

### **ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ**

Les renseignements personnels concernant les réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par l'administrateur des réclamations en conformité avec la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5 (la « LPRPDE ») :

- aux fins de l'application et de l'administration du règlement relatif aux dispositifs de maille pelvienne pour femmes American Medical Systems (le « règlement »);
- aux fins d'évaluation et d'examen de l'admissibilité du réclamant dans le cadre du règlement;
- de manière strictement privée et confidentielle, et ces renseignements ne seront pas communiqués sans le consentement écrit exprès du réclamant, sauf conformément au règlement et au protocole d'indemnisation.



**RÈGLEMENT CONCERNANT LES ACTIONS COLLECTIVES RELATIVES AUX DISPOSITIFS DE  
MAILLE PELVIENNE POUR FEMMES AMS - FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

**PARTIE 1 – Identification du réclamant**

Je dépose une réclamation :

- 1. pour mon propre compte**
- 2. pour le compte du réclamant A ou B**
  - A. Une personne inapte**  
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (ex. une procuration)
  - B. Une personne décédée**  
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (ex. un testament ou une ordonnance d'un tribunal)

Si vous avez déposé un formulaire de réclamation au cours de la période de réclamation initiale, veuillez fournir votre numéro de réclamation.

TRQ-

*Veuillez compléter les renseignements ci-dessous au sujet du réclamant, lequel doit être âgé d'au moins 18 ans. Si vous ne déposez pas la réclamation pour vous-même, mais pour le compte d'une personne inapte ou d'une succession, veuillez compléter également la partie 2. Si vous êtes un avocat ou un mandataire et que vous déposez le présent formulaire pour le compte d'un client, veuillez compléter la présente partie et la partie 3.*

Prénom

Initiales du deuxième prénom

Nom du réclamant

Adresse

Ville

Province

Code postal

Tél. (maison)

Tél. (travail)

Courriel

Numéro d'assurance-maladie

Date de naissance

Réclamation pour le compte d'une succession, date du décès

**\*Joindre le certificat de décès officiel.**



## **PARTIE 2 – Identification du représentant**

La présente partie doit être complétée **seulement** si vous déposez une réclamation en votre qualité de représentant d'une personne inapte ou d'une succession. Vous **DEVEZ** fournir une preuve attestant de votre pouvoir d'agir en cette qualité.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Initiales du deuxième prénom	
<input type="text"/>		
Nom du réclamant		
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	
Tél. (maison)	Tél. (travail)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel		
Informations sur le document attestant du pouvoir d'agir:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

## **PARTIE 3 – Identification du représentant légal**

La présente partie doit être complétée **seulement** si un avocat ou un mandataire représente le réclamant, le représentant d'une succession ou le représentant d'une personne inapte. Si la présente partie est complétée, toute correspondance sera transmise au représentant légal. Si la présente partie est complétée, vous **DEVEZ** également compléter l'Annexe A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom du cabinet d'avocats ou d'entreprise du mandataire		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Nom de l'avocat ou du mandataire	
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>		
Téléphone		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel		



**PARTIE 4 – Renseignements concernant le dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS**

Veillez fournir les renseignements demandés concernant chaque dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS. N’incluez pas d’informations sur les dispositifs de mailles transvaginales fabriqués par d’autres fabricants.

Dispositif no 1	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 2	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 3	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 4	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	



**Note : Voir la page 1 pour la liste des dispositifs de maille pelvienne pour femmes AMS qui sont visés.** Pour avoir droit à une indemnité dans le cadre du règlement, vous **DEVEZ** fournir, pour **CHAQUE** dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS:

- une copie de l'autocollant ou des autocollants d'identification du/des produit(s);

*OU si vous n'avez pas à votre disposition d'autocollant(s) d'identification du produit(s) et que l'implant est un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS, vous devez fournir une ou plusieurs des preuves suivantes:*

- les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS contenant les informations d'identification du produit (numéros de produit) sur l'autocollant, l'étiquette ou la vignette d'identification du produit;
- les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS contenant les renseignements sur le modèle de dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS;
- la documentation du chirurgien ayant procédé à l'implantation confirmant le modèle du dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS OU tout autre document confirmant que le dispositif implanté était un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS;
- la documentation du département des achats de l'hôpital où l'implantation a eu lieu confirmant le modèle de dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS OU tout autre document confirmant que le dispositif implanté était un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.

**Pour les dispositifs de maille pelvienne fabriqués par UN AUTRE fabricant, veuillez fournir, si c'est possible, la documentation sur le dispositif en question.**

**PARTIE 5 – Traitement admissible et preuve de chirurgie ou de traitement**

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et transmettre les preuves médicales requises. Note : vous devez transmettre vos dossiers médicaux au soutien de chaque traitement et/ou chirurgie pour avoir droit à une indemnité.

Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<p>Veuillez indiquer ci-dessous tous les traitements reçus <u>APRÈS l'implantation de votre dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS</u> que le prestataire médical traitant attribue à une complication ou à des symptômes résultant de l'implantation de votre dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS</p>	<p>Aux fins du présent formulaire de réclamation, « preuve de chirurgie ou de traitement » désigne la preuve, au moyen de dossiers médicaux contemporains, tels que des dossiers médicaux ou hospitaliers contemporains, appuyés par une lettre du médecin fournissant toute clarification nécessaire sur le contenu des dossiers, de chaque intervention chirurgicale ou traitement utilisé pour réclamer une indemnité.</p> <p><b><i>Veuillez cocher tous les traitements qui s'appliquent et pour lesquels des dossiers médicaux sont joints à la présente réclamation.</i></b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médicaments pour le traitement de la douleur pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale confirmant la prescription de médicaments pour le traitement de la douleur pelvienne commençant <b>au moins 90 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS et en utilisation continue pendant une période d'au moins deux mois.</li> </ul> <p><b><i>Note : La douleur chirurgicale est une conséquence normale d'une intervention chirurgicale et n'est pas indemnisable dans le cadre du règlement.</i></b></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Physiothérapie du plancher pelvien et/ou de la région vaginale</li> </ul> <p>Date de début:  <input type="text"/></p> <p>Date de fin:  <input type="text"/></p> <p>Nombre de séances:  <input type="text"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve de physiothérapie du plancher pelvien et/ou de la région vaginale commençant <b>au moins 90 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS et comprenant au moins 4 séances sur une période de 60 jours.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bloc anesthésique (ex. anesthésie péridurale ou rachidienne) pour le traitement de la douleur dans ou provenant de la région pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de bloc anesthésique (ex. anesthésie péridurale ou rachidienne) pour le traitement de la douleur dans ou provenant de la région pelvienne.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Injection(s) aux points gâchettes et/ou bloc nerveux local et/ou ablation de nerfs dans la région pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale d'injection(s) aux points gâchettes et/ou bloc nerveux local et/ou ablation de nerfs dans la région pelvienne.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Injection(s) de Botox dans les muscles pelviens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale d'injection(s) de Botox dans les muscles pelviens.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Révision et/ou coupe d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS réalisée sous anesthésie locale ou topique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de révision et/ou coupe d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS réalisée sous anesthésie locale ou topique.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Drainage du tractus sinusal ou de l'abcès développé à proximité du site d'implantation ou du tube d'insertion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de drainage du tractus sinusal ou de l'abcès développé à proximité du site d'implantation ou du tube d'insertion d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS, et effectué <b>au moins 30 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 infections bactériennes ou plus au vagin ou aux voies urinaires traitées avec des antibiotiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve de 3 infections bactériennes ou plus au vagin ou aux voies urinaires traitées avec des antibiotiques <b>au moins 30 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>



Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<p>● Tout autre traitement non chirurgical ou toute autre pathologie nouvellement apparue lié au dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS (ex. fistule ou perforation d'organes, tels que la vessie ou l'intestin)</p> <p>Description:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>● Ci-joint une preuve médicale de tout autre traitement non chirurgical ou de toute autre pathologie nouvellement apparue liés au dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS (ex. fistule ou perforation d'organes, tels que la vessie ou l'intestin).</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Chirurgies admissibles	Preuve des chirurgies	Date(s) approximative(s) des chirurgies
<p>Les chirurgies admissibles se définissent comme des interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou régionale aux fins ci-dessous:</p>	<p>Veillez cocher toutes les cases correspondant à une chirurgie pour laquelle une preuve de traitement chirurgical est transmise avec le présent formulaire de réclamation. Des rapports opératoires et des dossiers médicaux doivent être fournis pour chaque chirurgie faisant l'objet d'une réclamation.</p>	
<p>● Retirer un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS ou une partie de celui-ci</p>	<p>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant le retrait d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS ou d'une partie de celui-ci.</p>	<hr/> <hr/>
<p>● Relâcher les bras d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS</p>	<p>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant le relâchement des bras d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.</p>	<hr/> <hr/>





Chirurgies admissibles	Preuve des chirurgies	Date(s) approximative(s) des chirurgies
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exciser ou lyser le tissu cicatriciel ou les bandes cicatricielles au site d'implantation d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant l'excision ou la lyse du tissu cicatriciel ou des bandes cicatricielles au site d'implantation d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Étudier la cause d'une pathologie ou d'un symptôme que le ou les prestataire(s) médical(aux) traitant(s) soupçonnent avoir été causé par l'implantation d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS, réalisée par voie ouverte ou laparoscopique, et qui, selon les dossiers opératoires, n'aurait pas été causé par un autre facteur (ex. kyste ovarien ou endométriose) identifié pendant la chirurgie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint des dossiers médicaux confirmant la réalisation d'une étude de la cause d'une pathologie ou d'un symptôme qui aurait été causé par l'implantation d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS, réalisée par voie ouverte ou laparoscopique, et qui, selon les dossiers opératoires, n'aurait pas été causé par une autre cause (ex. kyste ovarien ou endométriose) identifié pendant la chirurgie.</li> </ul>	<hr/> <hr/>

**PARTIE 6 – Quittance des réclamations**

J'atteste que j'ai reçu une indemnité  / que je n'ai pas reçu d'indemnité  dans le cadre de d'autres recours ou de règlements hors Cour et/ou que j'ai donné quittance à l'égard d'un dispositif de maille pelvienne pour femmes AMS.

Si vous avez reçu une indemnité ou avez donné une quittance à l'égard de réclamations, veuillez fournir de plus amples détails:

Indemnité: \$

Détails des réclamations quittancées:



## **PARTIE 7 – Déclaration et autorisation du déclarant**

Le/la soussigné(e)\* consent, par la présente la communication des renseignements contenus à la présente dans la mesure nécessaire au traitement de la présente réclamation. Il/elle reconnaît et comprend que le présent formulaire de réclamation est un document officiel approuvé par le tribunal ayant compétence à l'égard du règlement, et que la présentation du présent formulaire de réclamation à l'administrateur des réclamations équivaut à son dépôt auprès du tribunal.

Le/la soussigné(e) donne, par la présente à l'administrateur des réclamations l'autorisation de communiquer avec le réclamant aux fins d'administration de la réclamation.

Je confirme avoir au moins 18 ans.

Après avoir passé en revue les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation, le/la soussigné(e) déclare, sous peine de parjure, au meilleur de sa connaissance, que ces renseignements sont véridiques et exacts.

Signature du réclamant (ou de son représentant): \_\_\_\_\_

Nom du réclamant (ou de son représentant) en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_

Date (mois/jour/année): \_\_\_\_\_

### **VEUILLEZ JOINDRE TOUTES LES PREUVES REQUISES AU SOUTIEN DE VOTRE RÉCLAMATION**

#### **AIDE-MÉMOIRE :**

1. Veuillez compléter toutes les sections applicables et signer la section « déclaration et autorisation ».
2. Si la réclamation est présentée par un tiers (un avocat ou un mandataire), veuillez compléter et signer l'Annexe A et la faire signer par un témoin (toute personne âgée d'au moins 18 ans).
3. Conservez une copie de votre formulaire de réclamation et de vos pièces justificatives pour vos dossiers.
4. En cas de déménagement, veuillez transmettre votre nouvelle adresse à l'administrateur des réclamations, sinon il se pourrait que les indemnités prévues dans le cadre du règlement ne vous soient pas versées.



**Annexe A**

**RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL POUR LE  
COMpte D'UN MEMBRE DU GROUPE VISÉ PAR LE RÈGLEMENT**

La présente annexe doit être complétée **seulement** si la réclamation est présentée par un tiers pour le compte du réclamant.

Le ou la soussigné(e) \_\_\_\_\_ [*nom du réclamant, du représentant de la succession ou du  
représentant de la personne inapte*] autorise \_\_\_\_\_

[*nom du représentant légal (avocat ou mandataire)*] à présenter en mon nom une réclamation dans le cadre de l'action collective relative  
aux mailles pelviennes pour femmes AMS et à recevoir toutes les communications relatives à ma réclamation (y compris le chèque, si j'ai  
droit à un paiement).

FAIT à \_\_\_\_\_ [*nom de la ville*], dans la province \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ [*nom du pays*], le \_\_\_\_\_, 202\_\_.

*Réclamant, représentant de la succession OU représentant de la personne inapte:*

Signature: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Nom du témoin en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_



THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

