

ANNEXE « C » (FORMULAIRE D'EXCLUSION)

À : Recours collectif relatif au Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide  
Koskie Minsky LLP  
20, rue Queen Ouest, bureau 900  
Toronto (Ontario) M5H 3R3  
Tél. : 1-866-474-1741  
Courriel : [thalidomideclassaction@kmlaw.ca](mailto:thalidomideclassaction@kmlaw.ca)

Ce document ne constitue  
PAS un formulaire de  
demande.

Le fait de remplir le présent FORMULAIRE D'EXCLUSION vous EXCLURA de la possibilité de recevoir des avantages à l'égard d'un règlement ou d'un jugement dans l'action collective intitulée *Wenham c. Canada*, numéro de dossier T-1499-16 de la Cour fédérale.

**\*\*\*CE RECOURS COLLECTIF CONCERNE LE PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE DE 2015. VOUS POUVEZ DÉPOSER UNE DEMANDE D'INDEMNISATION AUX TERMES DU PROGRAMME CANADIEN DE SOUTIEN AUX SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE DE 2019, QUE VOUS AYEZ OU NON PARTICIPÉ OU DEMANDÉ D'ÊTRE EXCLU DE CE RECOURS COLLECTIF. LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET LES EXIGENCES EN MATIÈRE DE PREUVE DU PROGRAMME CANADIEN DE SOUTIEN AUX SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE DE 2019 N'ONT TOUTEFOIS PAS ÉTÉ ANNONCÉS. ON NE SAIT PAS, À L'HEURE ACTUELLE, SI CES NOUVEAUX CRITÈRES ET CES EXIGENCES RÉPONDRONT AUX PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE CE RECOURS.**

gmh 7/5/18

Je ne souhaite pas participer au recours collectif intitulé *Wenham c. Canada*, dans lequel il est allégué que le rejet de ma demande aux termes du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide de 2015 était injuste et devrait être annulé et examiné à nouveau.

**Je comprends qu'en choisissant d'être exclu de ce recours collectif, je confirme que je ne souhaite pas participer à ce recours collectif et que je ne serai pas admissible aux avantages afférents à toute réparation ordonnée par la Cour fédérale, dans le cas où un jugement favorable serait rendu. Je confirme que si je choisis d'être exclu et que je souhaite demander le contrôle judiciaire d'une décision rejetant ma demande d'indemnisation aux termes du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide de 2015, je pourrais être assujetti aux délais de prescription applicables. Il m'incombera également de poursuivre la demande personnellement et d'engager mon propre avocat.**

DATE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville, province, code postal

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse électronique

Le présent avis doit être livré (ou timbré) par courrier ordinaire ou par courriel, le ou avant le 27 mai 2019, pour être admissible.

*jm6 7/5/18*