

## FORMULAIRE DE RÉVOCATION DE L'EXCLUSION

**DATE LIMITE DE RÉVOCATION DE L'EXCLUSION: 12 JUILLET 2021**

**À : RECOURS COLLECTIF CONCERNANT LE PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE**

**Koskie Minsky LLP, 20, rue Queen Ouest, bureau 900, M5H 3R3**

En remplissant le présent FORMULAIRE DE RÉVOCATION DE L'EXCLUSION, VOUS SEREZ considéré comme étant un membre du groupe et vous aurez droit aux avantages accordés aux membres du groupe dans l'entente de règlement qui a été approuvée par la Cour fédérale.

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS AU SUJET DE VOS DROITS LÉGAUX, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LES AVOCATS DU GROUPE à l'adresse ou au numéro de téléphone susmentionnés.**

**Vous devez remplir le formulaire ci-dessous en cochant toutes les cases prévues**

**J'ai antérieurement demandé l'exclusion du recours collectif et je souhaite maintenant révoquer cette exclusion.**      **Oui**       **Non**

Je comprends qu'en réintégrant le présent recours collectif je pourrais être admissible à recevoir les avantages découlant de l'entente de règlement qui a été approuvée par la Cour fédérale, mais que je serai lié par la quittance réputée et que je n'aurai pas le droit d'intenter une action en justice contre le Canada relativement au rejet de ma demande présentée dans le cadre du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide.

Je comprends qu'en réintégrant le présent recours collectif, je pourrais être tenu de participer au paiement des frais juridiques, des débours et des taxes des avocats du groupe.

Nom complet :

Date :

Signature :

Courriel :

Adresse :

Téléphone :