

**DOCUMENT "D"**

**FORMULAIRE D'EXCLUSION**

**RÈGLEMENT CANADIEN RELATIF AUX IMPLANTS ATM VITEK**

**Ce formulaire N'EST PAS un formulaire d'enregistrement  
ou un formulaire de réclamation**

**Ce formulaire d'exclusion vous EXCLUT du Groupe du Règlement**

**NE COMPLÉTEZ pas ce formulaire si vous désirez recevoir des bénéfices en vertu du  
Règlement**

M. / Mme / Mlle	Prénom(s) / Initiales	Nom de famille	Nom de famille antérieur
Adresse actuelle		Ville	Code postal
Province		Date du décès (s'il y a lieu)	Numéro d'assurance sociale
No. de téléphone	Date de naissance		

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS:**

1. Êtes-vous représenté par un procureur en rapport relativement à une réclamation au sujet d'un implant de mâchoire?

Non.

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer le nom de l'avocat, son adresse et son numéro de téléphone:

---

---

---

2. Dates et provinces de l'insertion des implants de mâchoires, et nom des chirurgiens et hôpitaux:

Date	Province	Nom du chirurgien et de l'hôpital
_____	_____	_____
Date	Province	Nom du chirurgien et de l'hôpital
_____	_____	_____
Date	Province	Nom du chirurgien et de l'hôpital
_____	_____	_____
Date	Province	Nom du chirurgien et de l'hôpital

3. Identification de la personne signant le présent Formulaire d'exclusion (ne cochez qu'une case):

Je suis le receveur d'implant de mâchoire identifié ci-haut. Au meilleur de ma connaissance, je suis un receveur d'Implant ATM Vitek. Je signe le présent Formulaire afin de manifester mon choix de m'exclure du droit d'obtenir des bénéfices en vertu du Règlement canadien sur les Implants ATM Vitek.

Je suis le gardien légal, curateur, exécuteur, administrateur ou représentant nommé par la Cour de la personne identifiée ci-haut (ou de sa succession). Au meilleur de ma connaissance, cette personne est un receveur d'Implant ATM Vitek. Je signe le présent Formulaire afin de l'exclure (ou d'exclure sa succession) du droit d'obtenir des bénéfices en vertu du Règlement canadien sur les Implants ATM Vitek. [Joindre une copie de l'ordonnance de la Cour ou un autre document officiel vous nommant représentant et indiquez vos nom, titre, adresse postale et numéro de téléphone (plutôt que ceux du receveur d'implants) dans les espaces prévus à l'autre page du présent formulaire.]

Je n'ai jamais reçu d'Implant ATM Vitek et je ne suis pas un Membre d'un Groupe de Règlement. Veuillez rayer mon nom de la liste d'envoi postal.

**Je comprends qu'en m'excluant, je ne serai jamais éligible à recevoir quelque compensation en vertu du Règlement canadien ATM Vitek.**

\_\_\_\_\_, 1999 \_\_\_\_\_

Date de signature

Signature (receveur d'implant ou représentant personnel)

**N.B. Afin de valoir comme choix d'exclusion du présent Règlement, le présent Formulaire doit être rempli, signé et envoyé par courrier recommandé (estampillé par la poste au plus tard le \_\_\_\_\_ 1999) à l'adresse indiquée ci-après.**

**Les conséquences de l'envoi du présent Formulaire sont expliquées au paragraphe intitulé "Exclusion" de l'Avis de Règlement. Si utiliser ou remplir le présent Formulaire soulève des questions, veuillez entrer en communication avec votre avocat ou téléphoner au (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.**

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE RESTERONT  
CONFIDENTIELS TEL QUE PRÉVU DANS LE RÈGLEMENT CANADIEN  
SUR LES IMPLANTS ATM VITEK.**

Veillez poster ce formulaire au GESTIONNAIRE DES RÉCLAMATIONS à

XXX rue

London, Ontario

XXX XXX