

Doit être posté au plus tard le

9 avril 2027

RÈGLEMENT DES ACTIONS COLLECTIVES YASMIN/YAZ

www.YasminYAZClassActionCanada.ca

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR

PRIVÉ ET CONFIDENTIEL

(VEUILLEZ TAPER OU ÉCRIRE LISIBLEMENT À L'ENCRE BLEUE OU NOIRE)

Ce Formulaire de réclamation de l'utilisateur est destiné aux membres du groupe visés par le règlement utilisateurs qui souhaitent réclamer un avantage en vertu de l'Entente de règlement. Les termes en majuscules qui ne sont pas définis dans le présent Formulaire de réclamation ont le sens qui leur est donné dans l'Entente de règlement.

« **Membres du groupe utilisateurs visés par le règlement** » désignent toutes les personnes résidant au Canada (y compris leurs successions) qui se sont fait prescrire et ont utilisé Yasmin et/ou YAZ, entre le 10 décembre 2004 (pour Yasmin) ou le 6 janvier 2009 (pour YAZ) et le :

- 30 novembre 2011 (pour les résidents de l'Ontario et du Québec) ; ou
- 4 octobre 2016 (pour les résidents du Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec)

ET qui ont subséquemment reçu un diagnostic de thromboembolie artérielle, de thromboembolie veineuse et/ou de maladie de la vésicule biliaire.

Pour être admissible à recevoir un paiement du Fonds de règlement, chaque membre du groupe utilisateur visé par le règlement **DOIT** remplir le présent Formulaire de réclamation de l'utilisateur et le soumettre, accompagné de tous les documents justificatifs, à l'Administrateur des réclamations, par la poste, par courriel ou en ligne, au plus tard à **23 h 59 (heure de l'Est) le 9 avril 2027.**

Les réclamations tardives, les Formulaires de réclamation de l'utilisateur incomplets et/ou non signés peuvent ne pas être acceptés ou valides.

NE REMPLISSEZ PAS CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR SI VOUS ÊTES UN MEMBRE DE LA FAMILLE D'UN MEMBRE DU GROUPE UTILISATEUR VISÉ PAR LE RÈGLEMENT. VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE.

COMMENT SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION :

Vous pouvez choisir l'un des moyens suivants pour soumettre un Formulaire de réclamation de l'utilisateur (y compris tout document justificatif) :

Poste :	Envoyez votre Formulaire de réclamation de l'utilisateur dûment rempli et tous les documents justificatifs par la poste ou messenger à l'Administrateur des réclamations à : Attention : Administrateur du règlement de l'action collective YAZ/Yasmin C.P. 507, succursale B Ottawa (Ontario) K1P 5P6
Courriel :	Application@YasminYAZClassActionCanada.ca
En ligne :	Complétez votre Formulaire de réclamation de l'utilisateur et tous les documents justificatifs sur : www.YasminYAZClassActionCanada.ca
Télécopier :	Envoyez votre Formulaire de réclamation de l'utilisateur dûment rempli et tous les documents justificatifs par télécopieur au 1-866-262-0816.

Vous avez des questions ?

Appelez sans frais au 1-877-741-8728, envoyez un courriel à l'Administrateur des réclamations à l'adresse [info@YasminYazClassActionCanada.ca**](mailto:info@YasminYazClassActionCanada.ca) ou visitez le [**www.YasminYazClassActionCanada.ca**](http://www.YasminYazClassActionCanada.ca)**

SECTION I : IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT UTILISATEUR

Le « **Réclamant utilisateur** » est le Membre du groupe utilisateur visé par le règlement qui fait cette Réclamation.

L'Administrateur des réclamations utilisera les informations que vous fournissez pour traiter votre Réclamation. Si vos informations changent, veuillez en informer l'Administrateur des réclamations par écrit.

VOUS DEVEZ JOINDRE UNE COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ VALIDE AVEC PHOTO DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT QUI CORRESPOND AU NOM ET AUX COORDONNÉES INDIQUÉS CI-DESSOUS (OU LE CERTIFICAT DE DÉCÈS DU RÉCLAMANT UTILISATEUR DÉCÉDÉ).

Prénom

Nom

Nom de jeune fille ou autres noms antérieurs

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Numéro d'assurance maladie

Adresse postale

Ville

Province

Code postal

Pays

Adresse électronique

Numéro de téléphone

SECTION II : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT (LE CAS ÉCHÉANT)

Veuillez remplir cette section si vous soumettez une réclamation au nom du Réclamant utilisateur parce que vous êtes :

- ☐ le représentant autorisé d'un Réclamant utilisateur légalement incapable (c'est-à-dire disposant d'une procuration) ;

Raison : _____

OU

- ☐ le représentant autorisé de la succession du Réclamant utilisateur décédé.

VOUS DEVEZ FOURNIR DES DOCUMENTS PROUVANT QUE VOUS ÊTES HABILITÉ À AGIR AU NOM DU RÉCLAMANT UTILISATEUR OU DE SA SUCCESSION (PAR EXEMPLE, CERTIFICAT DE NOMINATION D'UN LIQUIDATEUR DE SUCCESSION, PROCURATION, TESTAMENT, CERTIFICAT DE MARIAGE, ETC.)

_____	_____
Prénom du représentant	Nom du représentant
_____	_____
Lien entre le représentant et le réclamant	
_____	_____
Adresse postale du représentant	
_____	_____
Ville	Province
_____	_____
Code postal	Country
_____	_____
Adresse électronique du représentant	Numéro de téléphone du représentant

VOUS DEVEZ JOINDRE UNE COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ VALIDE AVEC PHOTO ÉMISE PAR LE GOUVERNEMENT ET CORRESPONDANT AU NOM ET AUX COORDONNÉES INDIQUÉS CI-DESSUS.

- ☐ En cochant cette case, je confirme que **je suis autorisé** à soumettre une réclamation au nom du Réclamant utilisateur et que j'ai joint les pièces justificatives (telles qu'une procuration pour les biens, un certificat de décès et un testament, ou un certificat de nomination d'un liquidateur de la succession).

SECTION III : IDENTIFICATION DU CONSEILLER JURIDIQUE (LE CAS ÉCHÉANT)

Ne remplissez cette section que si vous avez mandaté un avocat spécifiquement pour vous aider à remplir ce Formulaire de réclamation et communiquer avec l'Administrateur des réclamations en votre nom.

Remarque : Si cette section est remplie, toute la correspondance sera envoyée à votre avocat, qui devra informer l'Administrateur des réclamations de tout changement d'adresse postale. Si vous changez d'avocat, vous devez en informer directement l'Administrateur des réclamations par écrit en lui communiquant les nouvelles coordonnées.

Prénom de l'avocat

Nom de famille de l'avocat

Nom du cabinet d'avocats

Adresse postale du cabinet d'avocats

Ville

Province

Code postal

Pays

Adresse électronique de l'avocat

Numéro de téléphone de l'avocat

SECTION IV : RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

Vous devez remplir ce Formulaire de réclamation de l'utilisateur si vous êtes une personne (y compris votre succession) résidant au Canada qui se s'est fait prescrire et a utilisé Yasmin et/ou YAZ, **entre le 10 décembre 2004 (pour Yasmin) ou le 6 janvier 2009 (pour YAZ) et le 30 novembre 2011 (pour les résidents de l'Ontario et du Québec) ou le 4 octobre 2016 (pour les résidents du Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec)** ET qui a subséquemment reçu un diagnostic de thromboembolie artérielle, de thromboembolie veineuse et/ou de maladie de la vésicule biliaire.

IDENTIFICATION DU PRODUIT

Cochez une ou plusieurs cases ci-dessous pour indiquer le type de contraceptif oral Yasmin/YAZ utilisé :

- ☐ Yasmin
☐ YAZ

Dans le tableau ci-dessous, indiquez la date de la première prise et la date de la dernière prise (ayant conduit à la blessure alléguée).

	Date	Nom de la ou des pharmacies et/ou du ou des fournisseurs de soins médicaux
Première date de prise de Yasmin/YAZ :		
Date de la dernière prise de Yasmin/YAZ :		

DOCUMENTATION RELATIVE AUX BLESSURES ET À L'ÉVÉNEMENT

Cochez une ou plusieurs cases ci-dessous pour indiquer le type de blessure(s) que vous avez subie(es) à la suite de l'utilisation de Yasmin/YAZ. Veuillez noter que vous **devez** fournir des pièces justificatives pour chaque catégorie déclarée (c'est-à-dire chaque type de blessure déclaré) (voir la section « **Pièces justificatives** » ci-dessous).

☐ **Thromboembolie artérielle :**

Date(s) :	Nom du ou des médecins et/ou de l'hôpital :

☐ **Thromboembolie veineuse :**

Date(s) :	Nom du ou des médecins et/ou de l'hôpital :

☐ **Cholécystectomie/maladie de la vésicule biliaire :**

Date(s) :	Nom du ou des médecins et/ou de l'hôpital :

☐ **Décès suite à une thromboembolie artérielle :**

Date :	Nom du médecin et/ou de l'hôpital :

☐ **Décès suite à une thromboembolie artérielle veineuse :**

Date :	Nom du médecin et/ou de l'hôpital :

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Si vous ne fournissez pas les documents justificatifs, votre demande sera rejetée.

Veuillez joindre au présent Formulaire de réclamation de l'utilisateur les documents provenant du ou des professionnels de santé et/ou de l'établissement ou des établissements médicaux où vous avez reçu vos pilules Yasmin/YAZ **et** les traitements pour les blessures liées à Yasmin/YAZ mentionnées ci-dessus que vous réclamez dans le cadre du règlement. Veuillez noter que vous **devez** fournir des pièces justificatives pour chaque catégorie réclamée (c'est-à-dire chaque type de blessure réclamée).

Preuve de la prise :

- ☐ Dossiers de la pharmacie, dossiers cliniques et/ou dossiers hospitaliers.

Preuve de la ou des blessures

- ☐ Thromboembolie artérielle : Les preuves de la blessure et/ou du traitement doivent documenter la thromboembolie artérielle (y compris l'accident vasculaire cérébral ischémique et/ou l'infarctus du myocarde) à l'aide de rapports et/ou de dossiers hospitaliers.
- ☐ Thromboembolie veineuse : Les preuves de la blessure et/ou du traitement doivent documenter la thrombose veineuse (y compris l'embolie pulmonaire et/ou la thrombose veineuse profonde) à l'aide de rapports et/ou de dossiers hospitaliers.
- ☐ Cholécystectomie/maladie de la vésicule biliaire : Les preuves de la blessure et/ou du traitement doivent documenter la cholécystectomie et/ou la maladie de la vésicule biliaire à l'aide de rapports et/ou de dossiers hospitaliers.

Preuve du décès

- ☐ Décès : les preuves doivent documenter le décès résultant d'une thromboembolie artérielle ou veineuse, associée en tout ou en partie à l'utilisation de Yasmin et/ou YAZ par une personne, accompagnées de rapports médicaux et/ou de dossiers hospitaliers.

Les pièces justificatives doivent uniquement comprendre les documents pertinents (et non l'intégralité de votre dossier médical). Pour les dossiers médicaux de plus de cinq (5) pages, veuillez indiquer les références des pages des documents pertinents lorsque vous décrivez vos blessures dans les cases ci-dessus.

SECTION V : INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT

Si votre réclamation est approuvée dans le cadre du règlement, un chèque sera envoyé à l'adresse que vous avez indiquée dans la **Section I** de votre formulaire de réclamation, une fois que l'Administrateur des réclamations aura examiné toutes les réclamations.

Important : Il est de votre responsabilité d'informer l'Administrateur des réclamations si vous changez d'adresse ou si vous souhaitez que votre paiement soit envoyé à une adresse autre que celle indiquée dans la **Section I** de votre formulaire de réclamation.

Si un Réclamant utilisateur est représenté par un avocat, tous les paiements relatifs à la réclamation seront versés à l'avocat du réclamant, en fiducie.

Si un Réclamant utilisateur est décédé, tous les paiements relatifs à la réclamation seront versés à la succession du Membre du groupe utilisateur.

SECTION VI : DÉCLARATION

En signant ci-dessous, vous reconnaissez et acceptez ce qui suit :

- i. Vous êtes un membre du groupe utilisateur visé par le règlement admissible (ou le représentant d'un membre du groupe utilisateur visé par le règlement, tel qu'indiqué à la section II du présent Formulaire de réclamation).
- ii. Toutes les informations fournies et soumises dans le présent Formulaire de réclamation de l'utilisateur sont, à votre connaissance, véridiques et exactes.
- iii. Toute documentation relative à une représentation légale soumise (par exemple, procuration, testament, etc.) est la version la plus récente et la plus autoritaire, et n'a pas été remplacée par un autre document.
- iv. Le présent Formulaire de réclamation et les pièces justificatives jointes peuvent faire l'objet d'un audit, d'une vérification et d'un examen par l'Administrateur des réclamations et/ou le Tribunal.
- v. Vous ne recevrez aucun paiement si les informations contenues dans le présent Formulaire de réclamation de l'utilisateur ou dans les pièces justificatives jointes sont jugées frauduleuses.
- vi. Si vous ne vous êtes pas déjà exclu des actions collectives Yasmin/YAZ, vous choisissez par la présente de participer et d'être lié par les conditions générales de l'Entente de règlement. Cela signifie, sans limitation, qu'en signant le présent Formulaire de réclamation de l'utilisateur, conformément à l'Entente de règlement, vous accordez à chaque Personne quittancée (telle que définie dans l'Entente de règlement) une quittance complète et définitive de toutes les Réclamations quittancées (telles que définies dans l'Entente de règlement).

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE SIGNER ET DE DATER CE FORMULAIRE.

Veillez signer uniquement les lignes appropriées. Il n'est pas nécessaire de signer toutes les lignes.

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du Réclamant utilisateur
(ou du représentant du réclamant, le cas échéant)

Nom en lettres majuscules du Réclamant utilisateur (ou
de son représentant)

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'avocat du Réclamant utilisateur (le cas
échéant)

Nom en lettres majuscules de l'avocat du Réclamant
utilisateur (le cas échéant)

RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE YASMIN/YAZ

LISTE DE CONTRÔLE

Cette liste de contrôle vous aidera à vous assurer que votre Réclamation est complète et comprend tous les documents justificatifs.

Toutes les Réclamations des Réclamants utilisateurs doivent inclure :

- ☐ Un Formulaire de réclamation de l'utilisateur dûment rempli et signé.
- ☐ Une copie d'une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement.
- ☐ Dossiers médicaux : preuve de l'utilisation (comme indiqué dans les pièces justificatives).
- ☐ Dossiers médicaux : preuve de la ou des blessures (comme indiqué dans les pièces justificatives).
- ☐ Autre : _____

L'Administrateur des réclamations accusera réception de votre Formulaire de réclamation de l'utilisateur par courrier ou par courriel, si possible, dans un délai de 90 jours suivant votre soumission. Veuillez noter que le traitement des réclamations peut prendre un certain temps et que l'accusé de réception peut ne pas être immédiat.

Si vous ne recevez pas d'accusé de réception dans les 90 jours, vous pouvez contacter l'Administrateur des réclamations pour obtenir de l'aide.

**SI VOUS DÉMÉNAGEZ, IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ D'INFORMER
L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS DE VOTRE NOUVELLE ADRESSE.**

ENVOYEZ VOTRE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION PAR LA POSTE/COURRIEL/EN LIGNE :

Tous les Formulaires de réclamation et les pièces justificatives **doivent** être envoyés par la poste, par courriel ou soumis en ligne au plus tard à **23 h 59 (heure de l'Est), le 9 avril 2027 via :**

Poste :

Attention : Administrateur du règlement de l'action collective YAZ/Yasmin
C.P. 507, succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5P6

Courriel : Application@YasminYAZClassActionCanada.ca

En ligne : www.YasminYazClassActionCanada.ca

Télécopier : 1-866-262-0816

Pour plus d'informations ou pour contacter l'Administrateur des réclamations appelez sans frais au : 1-877-741-8728, envoyez un courriel à l'Administrateur des réclamations à l'adresse

info@YasminYazClassActionCanada.ca ou visitez le site web du règlement à

www.YasminYazClassActionCanada.ca

L'Administrateur des réclamations préservera la confidentialité de l'identité de tous les membres du groupe visé par le règlement et de toutes les informations relatives aux réclamations et aux soumissions effectuées par les membres du groupe visé par le règlement. Si nécessaire, l'Administrateur des réclamations contactera directement les Réclamants afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Veuillez utiliser des pages supplémentaires si nécessaire.