

RicePoint Administration Inc.
P.O. Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade
Toronto (Ontario) M5W 4B1



DNQ

COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE
DE L'ONTARIO

DOSSIER NO : 16-70454CP

DATE LIMITE POUR S'EXCLURE:

Le 14 octobre 2021

Recours collectif contre le Dr Norman Barwin – Projet de règlement

FORMULAIRE D'EXCLUSION

Ceci N'est PAS un formulaire de réclamation. En remplissant le présent **formulaire d'exclusion**, vous vous excluez du recours collectif et ne recevrez aucune indemnité dans le cadre du règlement proposé. De plus amples détails sont présentés ci-après.

Si vous ne souhaitez pas participer au recours collectif ou souhaitez intenter vous-même une poursuite contre le Dr Barwin, **vous n'avez pas à remplir le présent formulaire d'exclusion.**

Si vous souhaitez vous exclure, vous devez faire parvenir le présent formulaire et les documents justificatifs à l'administrateur par courrier électronique ou par la poste **au plus tard le 14 octobre 2021**, sinon, vous serez réputé visé par le règlement et il vous sera interdit d'intenter ultérieurement une poursuite dans cette affaire.

- Les formulaires d'exclusion doivent être accompagnés des documents justificatifs, notamment d'un test d'ADN des laboratoires d'Orchid PRO-ADN. Il est fortement recommandé aux membres du groupe potentiels qui n'ont pas encore de test d'ADN de communiquer avec les avocats du groupe sans délai, au plus tard le 1er septembre 2021, pour prendre les mesures nécessaires pour faire effectuer un test gratuitement. D'autres renseignements sont présentés dans les sections C et D ci-après.

VEUILLEZ ADRESSER TOUTE QUESTION GÉNÉRALE CONCERNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADMINISTRATEUR, DONT VOICI L'ADRESSE :

RicePoint Administration Inc.
P.O. Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade
Toronto, ON M5W 4B1
1-866-753-2594

Courriel: barwinclassaction@ricepoint.com



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
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS AU SUJET DE VOS DROITS PRÉVUS PAR LA LOI OU DE L'OBTENTION D'UN TEST D'ADN D'ORCHID PRO-ADN, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LES AVOCATS DU GROUPE, DONT VOICI L'ADRESSE :

Peter Cronyn Tel: 613-231-8213 Fax: 613-788-3659 peter.cronyn@nelliganlaw.ca	Jessica Fullerton Tel: 613-231-8366 Fax: 613-788-3651 Jessica.fullerton@nelliganlaw.ca
Frances Shapiro Munn Tel: 613-231-8355 Fax: 613-788-3697 frances.shapiro@nelliganlaw.ca	Robyn Beaulne – law clerk Tel: 613-231-8214 Fax: 613-788-2370 robyn.beaulne@nelliganlaw.ca

Pour vous **exclure** du règlement proposé, vous devez remplir le formulaire ci-dessous au complet, sauf la section E, qui est facultative, et le soumettre, accompagné des documents supplémentaires requis.

Le formulaire doit parvenir à l'administrateur par la poste (le cachet de la poste pouvant être daté du 14 octobre 2021), par messagerie ou en mains propres au plus tard le 14 octobre 2021.

SECTION A : IDENTIFICATION DU MEMBRE DU GROUPE

Vous trouverez ci-dessous les définitions des groupes. Veuillez en prendre connaissance et sélectionner tous les groupes qui s'appliquent. Dans la plupart des cas, un seul groupe s'applique.

Comme il est expliqué plus en détail dans les sections D et E, vous aurez besoin d'un test d'ADN à valeur légale comme preuve de votre appartenance à l'un des groupes **ci-dessous**.

Noircissez tous les cercles qui s'appliquent.

- Groupe des mères:** Toutes les patientes du défendeur qui, pendant la période visée par le recours, ont été inséminées artificiellement au Canada soit (i) par le défendeur, soit (ii) à une autre clinique de fertilité, avec du sperme confié initialement au défendeur, et qui, en conséquence, ont conçu et donné naissance à un enfant avec du sperme d'un père biologique qui n'est pas celui pour lequel ces patientes avaient donné leur consentement.

Groupe des conjoints/conjointes/partenaires/anciens patients :

- a. Toutes les personnes qui étaient le partenaire, le conjoint ou la conjointe d'un membre du groupe des mères au moment de l'insémination artificielle et qui ont consenti à ce que leur propre sperme ou le sperme d'un donneur spécifique soit utilisé pour l'insémination artificielle d'un membre du groupe des mères, mais dont l'enfant issu de l'insémination artificielle a un père biologique qui n'est pas celui pour lequel ces personnes avaient donné leur consentement;
- b. Tous les patients du défendeur au Canada qui ont confié leur sperme au défendeur aux fins d'entreposage, de conservation ou à une fin particulière, mais dont le sperme a été utilisé pendant la période visée par le recours pour une insémination artificielle par suite de laquelle sont nés un ou plusieurs enfants dont le bagage génétique ne correspond à celui des patients ayant consenti à donner leur sperme aux fins d'entreposage et/ou d'utilisation.
- Groupe des enfants:** Toutes les personnes conçues par des membres du groupe des mères ou nées d'un membre du groupe des mères à la suite d'une insémination artificielle pratiquée par le défendeur pendant la période visée par le recours avec du sperme confié au défendeur, mais dont le père biologique n'est pas celui à l'égard duquel la mère biologique avait donné son consentement aux fins d'insémination artificielle.

SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU GROUPE

Nom légal complet

Nom du tuteur légal Si vous remplissez le présent formulaire au nom d'une personne mineure ou d'une personne frappée d'une incapacité, indiquez votre nom et votre lien avec le membre du groupe.

Nom(s) antérieur(s)



A A A A / M M / J J

Date de naissance (du membre du groupe)

Adresse principale

Adresse principale (suite)

Ville

Province

Code postal / ZIP

Courriel (facultatif)

Ind. rég.

No de téléphone (maison)

Ind. rég.

No de téléphone (travail)

Nom(s) d'autres personnes concernées

Nom – Parent 1 Remplissez cette section si l'un ou l'autre de vos parents ou les deux étaient des patients du Dr Barwin.

A A A A / M M / J J

Date de naissance (du parent 1)

Nom – Parent 2 Remplissez cette section si l'un ou l'autre de vos parents ou les deux étaient des patients du Dr Barwin.

A A A A / M M / J J

Date de naissance (du parent 2)

Nom – Partenaire/conjoint/conjointe Remplissez cette section si vous avez consulté le Dr Barwin avec un partenaire ou un conjoint/une conjointe.

A A A A / M M / J J

Date de naissance (du partenaire/du conjoint/de la conjointe)

Nom – Enfant(s) conçu(s) Remplissez cette section si votre conjointe ou vous-même avez conçu et donné naissance à un ou à plusieurs enfants avec l'aide du Dr Barwin.

A A A A / M M / J J

Date de naissance (de l'enfant ou des enfants)

A A A A / M M / J J

A A A A / M M / J J

A A A A / M M / J J

Dates de traitement avec le Dr Barwin Les dates auxquelles votre parent, votre partenaire/conjoint/conjointe ou vous-même avez consulté le Dr Barwin.

A A A A / M M / J J

A A A A / M M / J J

A A A A / M M / J J

Dates d'insémination artificielle Les dates auxquelles votre parent, votre partenaire/conjoint/conjointe ou vous-même avez été inséminé artificiellement par le Dr Barwin.



Instructions et consentement donnés au Dr Barwin Décrire en détail les instructions données au Dr Barwin concernant le sperme devant être utilisé pour concevoir un enfant et/ou l'entreposage du sperme.

SECTION C : BASE DE DONNÉES D’ADN ET DATES LIMITEES IMPORTANTES

Pour vous exclure, vous aurez besoin d’une chaîne de possession légale d’un test d’ADN d’Orchid PRO-ADN qui prouve que vous êtes un membre du groupe admissible.

Une partie des fonds de règlement du recours collectif serviront à la mise en place, à l’exploitation et au financement d’une base de données d’ADN auprès des laboratoires d’Orchid PRO-ADN. Cette base de données permettra aux membres du groupe et aux membres du groupe potentiels, y compris les anciens patients qui ont fait entreposer du sperme par le Dr Barwin ou confié du sperme à ce dernier, de comparer leurs tests gratuitement.

Si vous n’avez pas encore de test d’ADN d’Orchid PRO-ADN pour justifier votre réclamation, vous devez agir sans délai. Vous trouverez ci-après des renseignements supplémentaires sur les délais à respecter et l’aide que les avocats du groupe peuvent vous apporter.

Noircissez seulement un cercle.

- J’ai actuellement un test d’ADN d’Orchid PRO-ADN prouvant que je suis un membre du groupe admissible.
Si vous avez déjà votre test d’ADN d’Orchid PRO-ADN, le seul autre document dont vous avez besoin est une copie authentifiée de votre pièce d’identité délivrée par l’État dont il est question à la section D. Veuillez passer directement à la section D.
- Je n’ai pas encore de test d’ADN d’Orchid PRO-ADN prouvant que je suis un membre du groupe admissible.
Dans ce cas, vous devez agir sans délai et suivre les étapes ci-après pour participer à la base de données d’ADN d’ici le 30 septembre 2021. Les avocats du groupe vous aideront à chaque étape du processus.

ÉTAPE 1 : Communiquer avec les avocats du groupe : Si vous songez à vous exclure du recours et n’avez pas encore de test d’ADN d’Orchid PRO-ADN, vous devez communiquer avec les avocats du groupe sans délai, au plus tard le 15 septembre 2021. Ceux-ci vous fourniront des renseignements supplémentaires et répondront à vos questions.

ÉTAPE 2 : Lire, signer et retourner la convention relative à la base de données d’ADN : Une fois que vous aurez communiqué avec les avocats du groupe, un formulaire de divulgation et de consentement relativement à la base de données d’ADN vous sera fourni. Les avocats du groupe pourront répondre à toutes vos questions. Vous devrez retourner le formulaire de divulgation et de consentement signé par courrier électronique ou par la poste aux avocats du groupe. Il vous est recommandé de le faire avant le 15 septembre 2021.

ÉTAPE 3 : Fournir un échantillon de votre ADN à Orchid PRO-ADN : Orchid PRO-ADN a des laboratoires partout au Canada. Les avocats du groupe peuvent vous aider à en trouver un qui est pratique pour vous. Vous devrez apporter une copie de votre pièce d’identité comportant une photo et délivrée par l’État. Il vous est recommandé de fournir votre échantillon d’ADN (un frottis buccal) d’ici le 15 septembre 2021.

ÉTAPE 4 : Attendre les résultats d’Orchid PRO-ADN : Une fois que vous aurez fourni votre échantillon d’ADN, il faudra à Orchid PRO-ADN de 5 à 10 jours ouvrables pour traiter vos résultats. Les avocats du groupe vous feront parvenir ces résultats par courrier électronique (ou par la poste, si vous préférez).



SECTION D : DOCUMENTS

Pour vous exclure, vous avez besoin de deux documents :

Document 1 (pièce d'identité comportant une photo authentifiée) : Une copie authentifiée d'une pièce d'identité comportant une photo et délivrée par l'État. Si vous avez des questions concernant l'obtention d'un tel document, communiquez avec les avocats du groupe.

Document 2 (chaîne de possession légale du test d'ADN d'Orchid PRO-ADN) : Comme il est indiqué à la section C, vous devez également fournir une chaîne de possession légale du test d'ADN d'Orchid PRO-ADN qui prouve que vous êtes un membre du groupe admissible. Pour connaître les étapes à suivre pour obtenir une telle chaîne de possession gratuitement, consultez la section C.

Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir un test d'ADN d'Orchid PRO-ADN, vous devrez expliquer pourquoi ci-après.

Noircissez seulement un cercle.

- J'ai joint une copie authentifiée d'une pièce d'identité comportant une photo et délivrée par l'État.
- J'ai joint une copie de ma chaîne de possession légale du test d'ADN d'Orchid PRO-ADN.
- Je n'ai pas joint de copie de mon test d'ADN pour les raisons suivantes :

OU

- Je n'ai pas joint de copie de mon test d'ADN pour les raisons suivantes :
 - Je suis un enfant qui a été conçu par insémination artificielle pratiquée par le Dr Barwin et il m'est impossible de trouver le donneur ou le père recherché ou de communiquer avec cette personne pour faire un test d'ADN.
 - Je suis la mère, le conjoint/la conjointe/le partenaire d'un enfant qui a été conçu par insémination artificielle pratiquée par le Dr Barwin et il m'est impossible de trouver le donneur ou le père recherché ou de communiquer avec cette personne pour faire un test d'ADN.
 - Autre(s) raison(s) (précisez)

SECTION E : RAISONS MOTIVANT L'EXCLUSION (FACULTATIF)

Noircissez seulement un cercle.

- Je ne veux pas être un membre du groupe ou participer à l'instance.
- J'ai l'intention d'intenter moi-même une poursuite contre le Dr Barwin et/ou sa clinique.
- Autre(s) raison(s) (précisez)



SECTION F : DÉCLARATIONS D'EXCLUSION

Paraphez ou noircissez chacun des cercles ci-dessous :

- Je confirme que j'ai lu attentivement l'Avis de certification et de projet de règlement, que j'ai pu consulter au www.barwinclassaction.ca.
- Je déclare que toute l'information fournie dans le présent formulaire d'exclusion est vraie et exacte.
- Je comprends qu'il existe un projet de règlement du recours collectif contre le Dr Barwin dans le cadre duquel les membres du groupe admissibles pourraient recevoir une indemnité pouvant atteindre 50 000 \$ chacun, selon le groupe auquel ils appartiennent, leur situation particulière et le nombre de membres du groupe.
- Je comprends qu'en m'excluant de ce recours collectif, je confirme que je NE souhaite PAS participer à l'instance, ce qui signifie que je N'aurai PAS le droit de recevoir d'indemnité dans le cadre du règlement ou d'obtenir d'autres avantages dans le cadre du recours collectif.
- Je comprends qu'en m'excluant du recours, j'assume entièrement la responsabilité de prendre toutes les mesures juridiques nécessaires pour protéger toute réclamation que je pourrais avoir, y compris tenir compte de tout délai de prescription pertinent. Si je choisis d'intenter une action en justice pour mon propre compte, je devrai le faire à mes frais, ce qui signifie que je devrai prendre personnellement en charge les honoraires des avocats et, s'il y a lieu, les frais de justice de la partie adverse si je devais ne pas avoir gain de cause.
- Je confirme avoir joint tous les documents requis à mon formulaire d'exclusion.
- Je comprends que je dois faire parvenir le présent formulaire d'exclusion dûment rempli à l'administrateur au plus tard le 14 octobre 2021, sans quoi je serai réputé visé par le règlement proposé et qu'il me sera interdit d'intenter ultérieurement une poursuite dans cette affaire. Je suis au courant que je peux communiquer avec les avocats du groupe ou avec l'administrateur si j'ai des questions.
- Je comprends que la décision de remplir le présent formulaire d'exclusion est une décision finale et que je ne pourrai pas ultérieurement changer d'idée et décider de recevoir une indemnité une fois que le règlement aura été approuvé.
- En apposant ma signature ci-dessous, je confirme que je souhaite m'exclure du règlement proposé du recours collectif.

Signature du membre du groupe qui s'exclut

*(ou nom et signature du tuteur légal qui s'exclut
au nom du membre du groupe)*

Nom du membre du groupe qui s'exclut

Date (aaaa/mm/jj)

SECTION G : REMISE DU FORMULAIRE REMPLI ET DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

Les formulaires d'exclusion doivent parvenir à l'administrateur, accompagnés des documents justificatifs requis, au plus tard le 14 octobre 2021, par la poste (le cachet de la poste pouvant être daté du 14 octobre 2021), par messagerie ou en mains propres, à l'adresse suivante :

RicePoint Administration Inc.
P.O. Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade
Toronto (Ontario) M5W 4B1
1-866-753-2594
Courriel: barwinclassaction@ricepoint.com

