

## FORMULAIRE D'EXCLUSION

VEUILLEZ REMPLIR ET SOUMETTRE CE FORMULAIRE UNIQUEMENT SI VOUS **NE** SOUHAITEZ **PAS** PARTICIPER À CE RECOURS COLLECTIF.

**Instructions :** Veuillez remplir et retourner ce formulaire par courrier postal, par un service de messagerie ou par courriel **UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ ÊTRE EXCLU(E)** de ce recours collectif.

### 1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Veillez fournir les renseignements suivants au sujet de la personne qui présente cette demande d'exclusion ou, le cas échéant, au nom de qui cette demande d'exclusion est présentée.

|                       |            |                                    |        |                             |  |
|-----------------------|------------|------------------------------------|--------|-----------------------------|--|
| Nom de famille :      |            | Prénom :                           |        | Initiale du second prénom : |  |
| Adresse :             |            |                                    |        | Numéro d'appartement :      |  |
| Ville :               | Province : | Code postal :                      | Pays : |                             |  |
| Numéro de téléphone : |            | Adresse courriel (si disponible) : |        |                             |  |

### 2. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT (EN CAS DE SOUMISSION DU FORMULAIRE AU NOM D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE OU D'UN MINEUR OU POUR UN AUTRE MOTIF)

Si vous vous excluez de ce recours collectif pour le compte d'une autre personne, veuillez fournir les renseignements d'identification personnels suivants et joindre une copie de votre procuration, d'une ordonnance du tribunal ou de toute autre autorisation vous permettant de représenter cette personne.

|  |                                    |                                  |        |   |  |
|--|------------------------------------|----------------------------------|--------|---|--|
| VOUS SOUMETTEZ CE FORMULAIRE AU NOM D'UNE PERSONNE QUI EST : |                                    |                                  |        |   |  |
| <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉE                             |                                    | <input type="checkbox"/> MINEURE |        | <input type="checkbox"/> AUTRE MOTIF (Préciser : _____)     |  |
| Nom du représentant :  |                                    | Prénom du représentant :         |        | Lien du représentant avec le demandeur :                    |  |
| Adresse postale du représentant :                            |                                    |                                  |        | Numéro d'appartement :                                      |  |
| Ville :  | Province/État :                    | Code postal :                    | Pays : |   |  |
| Numéro de téléphone du représentant :                        | Adresse courriel du représentant : |                                  |        | Nom du cabinet d'avocats du représentant (le cas échéant) : |  |

### 3. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (EN CAS DE SOUMISSION DU FORMULAIRE AU NOM D'UNE SOCIÉTÉ)

Si vous vous excluez de ce recours collectif au nom d'une société, veuillez fournir les renseignements suivants et joindre une copie de son certificat de constitution en vigueur.

|   |                                  |                     |   |
|---|----------------------------------|---------------------|---|
| VOUS SOUMETTEZ CE FORMULAIRE À TITRE D'ADMINISTRATEUR DE LA SOCIÉTÉ : |                                  |                     |   |
| Nom de famille :  | Prénom :                         | Nom de la société : |   |
| Numéro d'immatriculation de la société :                              |                                  |                     |   |
| Adresse du siège social de la société :                               |                                  |                     | Numéro de bureau/suite :                                  |
| Ville :   | Province/État :                  | Code postal :       | Pays :  |
| Numéro de téléphone de la société :                                   | Adresse courriel de la société : |                     | Nom du cabinet d'avocats de la société (le cas échéant) : |

### 4. JE SOUHAITE ME RETIRER

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre intention de vous exclure de ce recours collectif.

Je souhaite être exclu(e) du recours collectif concernant les semences de maïs Syngenta et je m'exclus.

**JE M'EXCLUS**

**ATTENTION : CETTE DEMANDE D'EXCLUSION SERA INVALIDE À MOINS D'ÊTRE SIGNÉE PERSONNELLEMENT PAR LE DEMANDEUR, SAUF SI LE DEMANDEUR EST DÉCÉDÉ, MINEUR OU FRAPPÉ D'INCAPACITÉ JURIDIQUE.**

### 4. SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
Votre signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
JJ MM AAAA

Si vous souhaitez vous exclure du recours collectif, les avocats du Groupe **DOIVENT recevoir votre formulaire d'exclusion au plus tard le 25 avril 2023** par la poste, par un service de messagerie ou par courriel aux coordonnées suivantes :

**McKenzie Lake Lawyers LLP**  
**Syngenta Class Proceeding Opt-Out**  
**1800-140 Fullarton Street**  
**London, ON N6A 5P2**  
Courriel : [syngenta@mckenzielake.com](mailto:syngenta@mckenzielake.com)

Si vous soumettez ce formulaire, vous **ne serez pas** en mesure de recevoir les avantages qui pourraient être offerts en vertu d'un règlement ou d'un jugement futur. Si vous avez des questions avant de soumettre ce formulaire, veuillez contacter directement les avocats du Groupe aux coordonnées suivantes :

**McKenzie Lake Lawyers LLP**  
Tél (sans frais) : 1.844.672.5666  
Courriel : [syngenta@mckenzielake.com](mailto:syngenta@mckenzielake.com)