



**Formulaire pour frais funéraires non assurés**  
*Strictement Privé et Confidentiel*

**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC DOIT APOSER UNE DES ÉTIQUETTES PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

Si vous n'avez pas d'étiquettes, téléphonez au numéro 1-877-434-0944 pour obtenir des renseignements.

**CORRECTIONS SEULEMENT:**

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom et de l'adresse, s'il y a lieu :


VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES INCLUSES DANS CE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR.

Ce formulaire doit être rempli par le représentant personnel reconnu de la personne infectée par le VHC. Veuillez répondre à la question 1 au sujet de la personne infectée par le VHC décédée et à la question 2 à votre sujet.

**SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC DÉCÉDÉE**

1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille		
	Adresse résidentielle		Ville	Province / Territoire	
	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		Date de décès (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'assurance sociale	
	/ /		/ /	- -	

**REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC**

2.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle		Ville	Province / Territoire
	Téléphone résidentielle	Téléphone au travail	Télécopieur	Courrier électronique
	( ) -	( ) -	( ) -	

**SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES PRESTATIONS**

3.	Avez-vous reçu d'autres remboursements au nom de la personne infectée par le VHC du Régime de pensions du Canada ou Revenus de retraite et rentes du Québec pour les frais funéraires?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, veuillez indiquer le montant reçu.			\$
4.	Y avait-il d'autre assurance funéraire pour compenser les frais énumérés dans la Section C – Frais Funéraires? Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nom de la société d'assurance	Numéro de police	Montant reçu	Numéro de téléphone
				\$ ( ) -
	Adresse municipale		Ville	Province / Territoire



**SECTION C – FRAIS FUNÉRAIRES**

Veuillez indiquer tous les frais funéraires encourus.

5.	Date AAAA/MM/JJ	Montant	Avez-vous un reçu?	Description des frais
a.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
b.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
d.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
e.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
f.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
g.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
h.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
i.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
j.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
k.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
l.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
m.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
n.	/ /	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS AU SUJET DES FRAIS FUNÉRAIRES ENCOURUS.

S'il manque des reçus, veuillez fournir une explication :


**SECTION D – DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC**

*J'atteste que les renseignements fournis sont vrais et exacts. Je ne fais aucune fausse déclaration ou demande d'indemnisation exagérée pour obtenir des bénéfices auxquels je n'ai pas droit.*

\_\_\_\_\_  
*Date de la signature*

\_\_\_\_\_  
*Signature du représentant personnel reconnu  
au titre du VHC*