



Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

B. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) Canada
K1P 5W5

Tél: 1-877-434-0944

**Choix de 120 000 \$ pour le régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC ou le régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC
Strictement Privé et Confidentiel**

**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL
RECONNU DOIT APOSER ICI 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 INSTRUCTIONS, LES DÉFINITIONS ET LES ORGANIGRAMMES COMPRISES AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE.

Ce formulaire GEN 21 doit être rempli par le représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée décédée conjointement avec tous les membres de la famille et / ou personnes à charge vivantes qui sont soit le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le grand-parent ou le petit enfant de la personne infectée par le VHC décédée et toutes les personnes à charge vivantes ex-conjointes de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC (collectivement « les demandeurs »).

Veillez ne pas utiliser ce formulaire GEN 21 si un demandeur est une personne mineure ou un adulte inapte. Veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir le formulaire GEN 21M.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle lors du décès	Ville	Province / Territoire	Code postal

REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC

2.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville	Province / Territoire	Code postal

SECTION B – CHOIX

Le choix de 120 000 \$ permet aux demandeurs de partager un paiement forfaitaire de 120 000 \$, réparti comme ils le conviennent. Pour qu'il soit accordé, les demandeurs doivent être d'accord pour le choix du 120 000 \$ conformément à l'article 5.01(2) du régime à l'intention des transfusés au titre du VHC ou du régime à l'intention des hémophiles au titre du VHC et ils doivent être d'accord sur le montant alloué à chaque personne. Si un demandeur décide de ne pas faire de choix, la succession aura droit au paiement de 50 000 \$ au lieu, les membres reconnus de la famille aux paiements individuels préétablis, et lorsqu'il y a lieu, les personnes à charge aux paiements pour perte de soutien ou perte de services.

Si tous les demandeurs désirent choisir et partager le paiement forfaitaire de 120 000 \$, veuillez cocher la case (a).

Si un ou plusieurs demandeurs décident de ne pas choisir de partager le paiement forfaitaire de 120 000 \$, cochez la case indiquée « **aucun choix** ».

3.	Choix : (ne cochez qu'une case) :	
	(a) <input type="checkbox"/>	Le choix conformément aux articles 5.01(2) des régimes à l'intention des personnes transfusés ou des hémophiles au titre du VHC (120 000 \$ et les dépenses funéraires encourues jusqu'à 5 000\$)
	(b) <input type="checkbox"/>	Aucun choix (paiement à la succession de 50 000 \$, paiements individuels préétablis aux membres de la famille ainsi que les dépenses funéraires encourues jusqu'à 5 000 \$ et, lorsqu'il y a lieu, paiements pour perte de soutien ou perte de services aux personnes à charge)

Si vous avez choisi la case 3(b), allez à la section F – Attestation du représentant personnel reconnu au titre du VHC


SECTION C – CONSENTEMENT ET RENONCIATION (120 000\$)

4. Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tel que définis dans les instructions) sont d'accord avec le choix fait au paragraphe 3 comme règlement complet de toutes les demandes d'indemnisation conformément au régime pertinent et y consentent, **sauf** pour :
- la demande de remboursement d'un montant jusqu'à concurrence de 5 000 \$ du représentant personnel reconnu au titre VHC pour des dépenses funéraires non assurées au nom de la succession de la personne infectée par le VHC décédée;
 - toutes demandes d'indemnisation qu'une personne pourrait avoir si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée conjointe d'une personne directement infectée décédée ou d'un hémophile directement infecté décédé (ou d'une personne atteinte de thalassémie majeure) relativement à sa propre infection par le VHC ; ou
 - toute demande qu'une personne pourrait avoir si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée ou l'enfant d'une personne infectée par le VHC décédée relativement à sa propre infection par le VHC.

**CONFIRMEZ EN COCHANT LA CASE « CONSENTEMENT ET DÉCLARATIONS
VOIR TABLEAU D'ALLOCATION**

SECTION D – DÉCLARATIONS (120 000\$)

5. Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tels que définis dans les instructions) déclarent ne connaître aucun membre de la famille et / ou personne à charge vivant qui est le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit enfant ou le grand-parent de la personne infectée par le VHC décédée ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les demandeurs énumérés dans le Tableau d'allocation.
6. Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tels que définis dans les instructions) croient et déclarent que toutes les personnes énumérées dans le Tableau d'allocation sont majeures et mentalement capables.
7. Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tels que définis dans les instructions) déclarent et acceptent l'allocation et le paiement des sommes d'argent à chaque demandeur tel qu'indiqué dans le Tableau d'allocation et y consentent et autorisent l'administrateur à remettre à chaque individu le montant auquel elle a droit comme indiqué dans le Tableau d'allocation.

**CONFIRMEZ EN COCHANT LA CASE « CONSENTEMENT ET DÉCLARATIONS
VOIR TABLEAU D'ALLOCATION**

SECTION E – DÉTAILS DES ALLOCATIONS (120 000\$)

Le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit inscrire dans le Tableau d'allocation le nom de chaque membre de la famille et / ou personne à charge vivant qui est le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit enfant ou le grand-parent de la personne infectée par le VHC décédée et chaque personne à charge vivante, ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC.

- Veuillez fournir tous les renseignements tel que requis dans le Tableau d'allocation (faisant partie intégrale du présent formulaire) et cochez la case "Consentement et déclarations".
- Indiquez le montant en dollars à remettre à chaque demandeur nommé dans le Tableau d'allocation, y compris le montant devant être remis au représentant personnel reconnu au titre du VHC au nom de la succession, s'il y a lieu.
- Toute allocation au représentant personnel au titre du VHC au nom de la succession doit être distincte de toute allocation pour demande d'indemnisation personnelle à laquelle il peut aussi avoir droit à titre de membre de la famille et / ou personne à charge faisant une demande.
- Si le montant de l'allocation pour un demandeur est nul, veuillez inscrire nul.
- L'allocation totale doit correspondre à 120 000 \$.
- L'administrateur ne peut traiter le choix avant d'avoir reçu le formulaire GEN 21 (ainsi que le Tableau d'allocation) dûment rempli par chacune des personnes.

SECTION F – ATTESTATION DU REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC (AUCUN CHOIX)

Puisque aucun choix se fait, le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit lire, dater et signer l'attestation ci-basse en présence d'un témoin.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. J'ai soulevé et expliqué la possibilité de choisir un paiement forfaitaire de 120 000 \$ avec tous les demandeurs admissibles cependant ils n'étaient pas tous d'accord d'accepter un paiement forfaitaire de 120 000 \$.

Je ne fais pas de demandes fausses ou exagérées pour obtenir des bénéfices auxquels je n'ai pas droit.

Signature du représentant personnel reconnu au titre
du VHC

_____/_____/_____
AAAA/MM/JJ
Date de la signature

Signature du témoin

Nom du témoin (veuillez écrire en lettres moulées)



Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990) tél.: 1-877-434-0944

**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL
DOIT APOSER ICI 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:

ATTESTATION - Veuillez lire, dater et signer le Tableau d'allocation en présence d'un témoin.

Chaque demandeur qui signe ce Tableau d'allocation certifie qu'il/elle ne connaît aucun autre membre de la famille et / ou personne à charge vivant qui est le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit enfant ou le grand-parent de la personne infectée par le VHC décédée ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées dans ce Tableau d'allocation. Chaque demandeur certifie que les renseignements qu'il/elle fournit sont véridiques et exacts. Chaque demandeur certifie qu'il/elle ne fait des demandes fausses ou exagérées pour obtenir des bénéfices auxquels il/elle n'a pas droit.

TABLEAU D'ALLOCATION PARMIS LES DEMANDEURS

Nom du demandeur	Adresse résidentielle	Date de Naissance A/M/J	Numéro d'assurance social	Lien avec la personne infectée par le VHC	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C, D	/ /	signature du témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin



TABLEAU D'ALLOCATION - SUITE

ATTESTATION - Veuillez lire, dater et signer le Tableau d'allocation en présence d'un témoin.

Chaque demandeur qui signe ce Tableau d'allocation certifie qu'il/elle ne connaît aucun autre membre de la famille et / ou personne à charge vivant qui est le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit enfant ou le grand-parent de la personne infectée par le VHC décédée ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées dans ce Tableau d'allocation. Chaque demandeur certifie que les renseignements qu'il/elle fournit sont véridiques et exacts. Chaque demandeur certifie qu'il/elle ne fait des demandes fausses ou exagérées pour obtenir des bénéfices auxquels il/elle n'a pas droit.

Nom du demandeur	Adresse résidentielle	Date de Naissance A/M/J	Numéro d'assurance social	Lien avec la personne infectée par le VHC	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement, et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées



TABLEAU D'ALLOCATION - SUITE

ATTESTATION - Veuillez lire, dater et signer le Tableau d'allocation en présence d'un témoin.

Chaque demandeur qui signe ce Tableau d'allocation certifie qu'i/elle ne connaît aucun autre membre de la famille et / ou personne à charge vivant qui est le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit enfant ou le grand-parent de la personne infectée par le VHC décédée ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée à qui la personne infectée par le VHC fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées dans ce Tableau d'allocation. Chaque demandeur certifie que les renseignements qu'i/elle fournit sont véridiques et exacts. Chaque demandeur certifie qu'il/elle ne fait des demandes fausses ou exagérées pour obtenir des bénéfices auxquels il/elle n'a pas droit.

Nom du demandeur	Adresse résidentielle	Date de Naissance A/M/J	Numéro d'assurance social	Lien avec la personne infectée par le VHC	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement, et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> Oui Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées