



Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C
 B.P. 2370, succursale D
 Ottawa (Ontario) Canada
 K1P 5W5
 Tél. : 1-877-434-0944

**Choix du paiement forfaitaire de 120 000 \$ lorsque la personne infectée par le VHC
 est décédée avant le 1^{er} janvier 1999**
À utiliser lorsqu'un ou plusieurs réclamants (demandeurs) sont mineurs ou adultes inaptes
Strictement privé et confidentiel

**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU
 AU TITRE DU VHC 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 CI-INCLUSES ET LES TABLEAUX DES
 RÉCLAMATIONS SUCCESSORALES AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE.**

Le formulaire GEN 21M doit être rempli par le représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC décédée, conjointement avec chacun des membres de la famille et / ou personnes à charge vivant qui est 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 chaque personne à charge vivante ex-conjointe de la personne infectée par le VHC décédée dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC (collectivement « les réclamants »).

Veillez ne pas utiliser le formulaire GEN 21M à moins qu'un ou plus d'un réclamant soit une personne mineure ou un adulte inapte. Veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir le formulaire GEN 21.

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 réclamants de partager un paiement forfaitaire de 120 000 \$. Pour qu'il soit accordé, les réclamants 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. Le **paiement** de 120 000 \$ **sera réparti par l'administrateur conformément au protocole approuvé par les tribunaux**. Si un réclamant décide de ne pas faire de choix, la succession aura droit à un paiement de 50 000 \$, les membres reconnus de la famille auront droit aux paiements individuels préétablis, et lorsqu'il y a lieu, les personnes à charge pourront présenter une réclamation pour perte de soutien ou perte de services.

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

Si un ou plusieurs réclamants 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 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 (120 000 \$)		
	(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 5000\$ 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 directement 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 le tableau ci-joint, (y compris les contreparts tel que défini au paragraphe 9 des instructions) acceptent le choix exercé à la question 3 et y consentent (paiement forfaitaire de 120 000 \$) comme règlement intégral de toutes les réclamations conformément au régime pertinent, **sauf** pour :
- a) la demande de remboursement d'un montant maximum 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;
 - b) toutes réclamations qu'une personne pourrait présenter 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
 - c) toutes réclamations qu'une personne pourrait présenter si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée qui est l'enfant d'une personne infectée par le VHC décédée relativement à sa propre infection par le VHC.

CHACQUE RÉCLAMANT DOIT CONFIRMER SON CONSENTEMENT PAR UN « X » DANS LA COLONNE D'ATTESTATION DU TABLEAU CI-JOINT

SECTION D – ATTESTATIONS (CHOIX DE 120 000 \$)

5. Toutes les personnes qui signent le tableau ci-joint (y compris les contreparts tel que défini au paragraphe 9 des 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 dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées dans le tableau ci-joint.

6. En signant le tableau ci-joint, toutes les personnes acceptent que le paiement forfaitaire de 120 000 \$ sera réparti entre la succession et les réclamants par l'administrateur conformément à un protocole approuvé par les tribunaux.

CHACQUE RÉCLAMANT DOIT CONFIRMER SON CONSENTEMENT PAR UN « X » DANS LA COLONNE D'ATTESTATION DU TABLEAU CI-JOINT

SECTION E –TABLEAU CI-JOINT (CHOIX DE 120 000 \$)

Le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit inscrire dans le tableau ci-joint 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 dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC et fournir les renseignements requis.

L'administrateur ne peut traiter le choix avant d'avoir reçu le formulaire GEN 21M ainsi que le tableau ci-joint dûment remplis avec la signature de chacune des personnes faisant une réclamation ou, dans le cas d'une personne mineure ou d'un adulte inapte, du représentant personnel. **Voir – GEN 21M – Instructions, au paragraphe 9 pour des renseignements sur la signature des contreparts.**

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

Lorsqu'on ne fait aucun choix, le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit lire, dater et signer l'attestation ci-dessous en présence d'un témoin. Ne remplissez pas cette section si les réclamants choisissent le paiement forfaitaire de 120 000 \$.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. J'ai discuté la possibilité de choisir un paiement forfaitaire de 120 000 \$ avec les réclamants admissibles, mais ils n'étaient pas tous d'accord d'accepter le paiement forfaitaire de 120 000 \$.

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

Signature du représentant personnel reconnu
au titre du VHC

_____/_____/_____
JJ MM AAAA

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 RECONNU AU
TITRE DU VHC 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-Chaque réclamant doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.

En signant ce tableau, j'atteste que : (a) je ne connais 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 dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées ci-dessous (b) les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et (c) je ne fais pas de réclamations fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

TABLEAU

Nom du réclamant	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec la personne infectée par le VHC	Signature du réclamant ou du représentant personnel d'une personne mineure ou d'un adulte inapte	Attestation	Date JJ/MM/AA	Témoin
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées



TABLEAU SUITE

ATTESTATION- Chaque réclamant doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.

En signant ce tableau, j'atteste que : **(a)** je ne connais 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 dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées ci-dessous **(b)** les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et **(c)** je ne fais pas de réclamations fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

Nom du réclamant	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec la personne infectée par le VHC	Signature du réclamant ou du représentant personnel d'une personne mineure ou d'un adulte inapte	Attestation	Date JJ/MM/A A	Témoin
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées

TABLEAU – SUITE

ATTESTATION-Chaque réclamant doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.

En signant ce tableau, j'atteste que : **(a)** je ne connais 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 dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne infectée par le VHC, autre que les personnes énumérées ci-dessous **(b)** les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et **(c)** je ne fais pas de réclamations fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

Nom du réclamant	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec la personne infectée par le VHC	Signature du réclamant ou du représentant personnel d'une personne mineure ou d'un adulte inapte	Attestation	Date JJ/MM/AA	Témoin
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D du formulaire GEN 21M	/ /	Signature du témoin En lettres moulées