



Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

B.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) Canada
K1P 5W5
Tél. : 1-877-434-0944

Paiement forfaitaire de 72 000 \$ lorsque l'hémophile directement infecté (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) également infecté par le VIH est décédé avant le 1^{er} janvier 1999

**À utiliser lorsqu'un ou plusieurs 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 DEMANDES SUCCESSORALES AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE.

Le formulaire HEMO 22M doit être rempli par le représentant personnel reconnu au titre du VHC de l'hémophile directement infecté par le VHC décédé (ou de la personne atteinte de thalassémie majeure) également infecté par le VIH 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 décédée et chaque personne à charge vivante ex-conjointe de la personne décédée dont l'hémophile directement infecté décédé (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne défunte (collectivement « les demandeurs »).

Veillez ne pas utiliser ce formulaire HEMO 22M à moins qu'un ou plus d'un demandeur soit une personne mineure ou un adulte inapte. Veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir le formulaire HEMO 22.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

HÉMOPHILE INFECTÉ PAR LE VHC (OU PERSONNE ATTEINTE DE THALASSÉMIE MAJEURE)

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 lors du décès	Ville	Province / Territoire	Code postal

SECTION B – CONSENTEMENT AU PAIEMENT FORFAITAIRE DE 72 000 \$

Le paiement forfaitaire de 72 000 \$ est le seul montant disponible aux demandeurs en vertu du régime, à moins que ces derniers ne disposent d'une preuve médicale satisfaisante que le décès de l'hémophile directement infecté (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) également infecté par le VIH a été causé par son infection au VHC.

Chaque demandeur doit accepter de partager le montant forfaitaire de 72 000 \$ en vertu de l'article 5.01 (4) du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC.

Le **paiement forfaitaire** de 72 000 \$ sera réparti par l'administrateur conformément à un protocole approuvé par les tribunaux.



3.	<p>Toutes les personnes qui signent le tableau joint au formulaire (y compris les contreparts comme décrit au paragraphe 7 des Instructions) acceptent et consentent à partager le paiement forfaitaire de 72 000 \$ disponible en vertu de l'article 5.01(4) du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC comme règlement intégral de toutes les demandes en vertu du dit régime, sauf pour :</p> <p>a) Toute demande d'indemnisation qu'une personne pourrait présenter si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée conjointe d'un hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) relativement à sa propre infection par le VHC; ou</p> <p>b) Toute demande qu'une personne pourrait présenter si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée qui est l'enfant d'un hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) relativement à sa propre infection par le VHC.</p> <p style="text-align: center;">CHACQUE DEMANDEUR DOIT CONFIRMER SON CONSENTEMENT PAR UN « X » DANS LA COLONNE D'ATTESTATION DU TABLEAU</p>
----	---

SECTION C – ATTESTATIONS

4.	<p>Toutes les personnes qui signent le tableau joint à ce formulaire (y compris les contreparts tel que défini au paragraphe 7 des instructions) déclarent <u>ne</u> 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 l'hémophile directement infecté décédé (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) <u>ou</u> aucune personne à charge vivante ex-conjointe de l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) dont la personne décédée subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne, <u>autre que les personnes énumérées dans le tableau ci-joint.</u></p>
5.	<p>En signant le tableau ci-joint, toutes les personnes acceptent que le paiement forfaitaire de 72 000 \$ sera réparti entre la succession et les demandeurs par l'administrateur conformément à un protocole approuvé par les tribunaux.</p> <p style="text-align: center;">CHACQUE DEMANDEUR DOIT CONFIRMER SON CONSENTEMENT PAR UN « X » DANS LA COLONNE D'ATTESTATION DU TABLEAU</p>

SECTION D – TABLEAU

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 l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) et chaque personne à charge vivante, ex-conjointe de l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) dont l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) subvenait aux besoins ou était légalement tenu de subvenir aux besoins à la date du décès de la personne décédée et fournir les renseignements requis.

L'administrateur ne peut traiter le choix avant d'avoir reçu le formulaire HEMO 22M ainsi que le tableau dûment signé par tous les demandeurs ou, dans le cas d'une personne mineure ou d'un adulte inapte, par son représentant personnel. **Voir – HEMO 22M – Instructions, au paragraphe 7 pour des renseignements sur la signature des contreparts.**

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 APPoser 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 demandeur ou, dans le cas d'une personne mineure ou d'un adulte inapte, son représentant personnel doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.

En signant ce tableau, j'atteste que : (a) je consens à partager le paiement forfaitaire de 72 000 \$ tel que prescrit par les tribunaux (b) 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 l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de l'hémophile décédé dont l'hémophile directement infecté (ou personne atteinte de thalassémie majeure) subvenait aux besoins ou était légalement tenu de subvenir aux besoins à la date du décès de l'hémophile défunt, autre que les personnes énumérées ci-dessous (c) les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et (d) je ne fais pas de demandes fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

Nom du demandeur	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec l'hémophile infecté par le VHC (ou personne atteinte de thalassémie majeure)	Signature du demandeur 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 j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées

TABLEAU – SUITE

ATTESTATION-Chaque demandeur ou, dans le cas d'une personne mineure ou d'un adulte inapte, son représentant personnel doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.

En signant ce tableau, j'atteste que : **(a)** je consens à partager le paiement forfaitaire de 72 000 \$ tel que prescrit par les tribunaux **(b)** 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 l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de l'hémophile décédé dont l'hémophile directement infecté (ou personne atteinte de thalassémie majeure) subvenait aux besoins ou était légalement tenu de subvenir aux besoins à la date du décès de l'hémophile défunt, autre que les personnes énumérées ci-dessous **(c)** les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et **(d)** je ne fais pas de demandes fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

Nom du demandeur	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec l'hémophile infecté par le VHC (ou personne atteinte de thalassémie majeure)	Signature du demandeur 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 j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends, et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées

ATTESTATION-Chaque demandeur ou, dans le cas d'une personne mineure ou d'un adulte inapte, son représentant personnel doit lire, signer et dater ce tableau en présence d'un témoin.
 En signant ce tableau, j'atteste que : **(a)** je consens à partager le paiement forfaitaire de 72 000 \$ tel que prescrit par les tribunaux **(b)** 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 l'hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe de l'hémophile décédé dont l'hémophile directement infecté (ou personne atteinte de thalassémie majeure) subvenait aux besoins ou était légalement tenu de subvenir aux besoins à la date du décès de l'hémophile défunt, autre que les personnes énumérées ci-dessous **(c)** les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et exacts au meilleur de mes connaissances; et **(d)** je ne fais pas de demandes fausses ou exagérées pour obtenir des avantages.

Nom du demandeur	Adresse résidentielle et numéro de téléphone	Date de naissance J/M/A	Numéro d'assurance sociale	Lien avec l'hémophile infecté par le VHC (ou personne atteinte de thalassémie majeure)	Signature du demandeur 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 j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées
		/ /				<input type="checkbox"/> Oui J'ai lu, je comprends et j'atteste ce qui est indiqué ci-dessus	/ /	Signature du témoin En lettres moulées