

Instructions pour remplir le formulaire HEMO 23

Section 4.08(2) (50 000 \$) Paiement forfaitaire pour le régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC

Pour usage lorsque la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure), également infectée par le VIH est ou était vivante le 1^{er} janvier 1999 ou après cette date.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Une personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH qui est ou était vivante le 1^{er} janvier 1999 ou après cette date qui désire choisir le paiement forfaitaire de 50 000 \$ doit fournir à l'administrateur un formulaire HEMO 23 rempli à moins d'être une personne mineure ou adulte inapte ou décédée. Dans un tel cas, son représentant personnel reconnu au titre du VHC approuvé doit remplir le formulaire HEMO 23.

SECTION B – CHOIX ET RENONCIATION

2. Une personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH qui est ou était vivante le 1^{er} janvier 1999 ou après (ou son représentant personnel au titre du VHC approuvé en son nom) peut choisir de recevoir un paiement forfaitaire de 50 000 \$ en remplacement de tout autre paiement antérieur, présent ou futur en vertu du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC. En exerçant ce choix, les membres de la famille et / ou les personnes à charge de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) renoncent à toutes les demandes d'indemnisation possibles. Aucun autre paiement ne sera versé à la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure), à sa succession, aux membres de la famille ou aux personnes à charge en vertu du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC, sauf dans le cas de la demande d'une personne indirectement infectée qui est le(la) conjoint(e) ou l'enfant d'une personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) relativement à l'infection par le VHC de cette même personne qui n'aura pas renoncé aux demandes d'indemnisation en exerçant ce choix.
3. **Lorsque la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH est toujours vivante - ce choix doit être exercé seulement lorsque le demandeur n'est pas en mesure de fournir la preuve médicale exigée permettant d'établir que l'infection au VHC de la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH a causé un ou plus d'un des états pathologiques indiqué(s) au niveau de maladie 3 ou plus élevé, en vertu de l'article 4.01 du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC.**
4. **Lorsque la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH est décédée le 1^{er} janvier 1999 ou après - ce choix doit être exercé seulement si le demandeur n'est pas en mesure de fournir une preuve médicale que l'infection au VHC de la personne hémophile directement infectée décédée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) également infectée par le VIH qui est décédée après le 1^{er} janvier 1999 a causé soit un ou plus d'un des états pathologiques compris au niveau 3 ou plus en vertu de l'article 4.01, soit le décès en vertu de l'article 6.01 ou 6.02 du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC.**
5. Le paiement forfaitaire de 50 000 \$ sera payé à la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) si elle est une personne adulte mentalement apte, ou à son représentant approuvé au titre du VHC au nom de la succession si elle est décédée. Si la personne hémophile directement infectée (ou personne atteinte de thalassémie majeure) est mineure ou une personne adulte inapte, le paiement forfaitaire de 50 000 \$ sera versé en conformité avec la procédure - Paiements à des personnes mineures et / ou inaptes.
5. Si vous avez des questions au sujet de ce paiement forfaitaire, veuillez communiquer avec l'administrateur. L'administrateur pourra vous fournir des explications sur le paiement forfaitaire mais l'administrateur ne pourra pas vous conseiller sur ce que vous devez faire dans votre situation particulière.

SECTION C – ATTESTATION

6. Le demandeur doit dater et signer le formulaire HEMO 23 une fois rempli en présence d'un témoin.