

Formulaire sur le choix du paiement forfaitaire de 30 000 \$ ou de la perte de revenus / services
Strictement privé et confidentiel

**LE RÉCLAMANT DOIT APOSER ICI
 UNE DES ÉTIQUETTES
 PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

*S'il n'y a 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, de
 l'adresse, et du numéro de téléphone s'il y a lieu.

Seules les personnes faisant maintenant une demande d'indemnisation au niveau 3 doivent remplir ce formulaire. Le présent formulaire doit être rempli par la personne infectée par le VHC ou par son représentant personnel au titre du VHC. Si vous êtes la personne infectée par le VHC, veuillez répondre à la question 1. Si vous êtes le représentant personnel au titre du VHC de la personne infectée par le VHC, veuillez répondre à la question 1 au sujet de la personne infectée par le VHC et à la question 2 à votre sujet.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

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

REPRÉSENTANT PERSONNEL

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

SECTION B – CHOIX DES BÉNÉFICIAIRES

Veuillez lire attentivement les instructions avant de faire votre choix. Ne faites ce choix que si la personne infectée par le VHC est un réclamant au niveau 3. Veuillez indiquer parmi les trois choix celui que choisit la personne infectée par le VHC ou son représentant personnel au titre du VHC. Si vous choisissez le paiement forfaitaire de 30 000 \$, veuillez vous rendre à la section D – Déclaration. Si vous choisissez l'indemnisation pour perte de revenus ou perte de services à domicile, veuillez vous rendre à la section C – Renonciation.

3.	La personne infectée par le VHC choisit d'être payée comme suit :
	<input type="checkbox"/> Le montant forfaitaire de 30 000 \$; <u>OU</u>
	<input type="checkbox"/> Indemnisation pour perte de revenus; <u>OU</u>
	<input type="checkbox"/> Indemnisation pour perte de services à domicile.

SECTION C – RENONCIATION AU PAIEMENT FORFAITAIRE

Ne signez cette renonciation que si la personne infectée par le VHC ou son représentant personnel au titre du VHC choisit de renoncer au paiement forfaitaire de 30 000 \$ et de recevoir au lieu l'indemnisation pour perte de revenus ou de services à domicile. **Je renonce au paiement forfaitaire de 30 000 \$ pour le niveau de maladie 3.**

Date de la signature

Signature de la personne infectée par le VHC ou de son représentant
personnel au titre du VHC

SECTION D – DECLARATION

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques 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 de la personne infectée par le VHC ou de son représentant
personnel au titre du VHC

Nota : Lorsqu'un paiement est versé pour la perte de revenus ou la perte de services à domicile en vertu du présent choix, la renonciation au paiement forfaitaire de 30 000 \$ deviendra irrévocable et le paiement forfaitaire de 30 000 \$ ne sera versé en aucun temps par la suite, quelle que soit la circonstance.