



**PCentre 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 la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure), également infectée par le VIH, est décédée avant le 1<sup>er</sup> janvier 1999**  
**Strictement Privé et Confidentiel**

**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:


**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS, DÉFINITIONS ET LES EXEMPLES DE RÉCLAMATIONS PAR LA SUCCESSION COMPRISES DANS CE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR.**

Ce formulaire HEMO 22 doit être rempli par le représentant personnel reconnu au titre du VHC de l'hémophile infecté décédé (ou de la personne atteinte de thalassémie majeure) conjointement avec tous les membres de la famille et / ou personnes à charge vivant qui sont soit le (la) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le grand-parent ou le petit enfant de l'hémophile co-infecté (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) décédé et toutes les personnes à charge vivantes ex-conjointes de l'hémophile infecté par le VHC et le VIH décédé à qui le défunt fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès (collectivement « les demandeurs »).

Veillez ne pas utiliser ce formulaire HEMO 22 si un demandeur est une personne mineure ou un adulte inapte. Veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir le formulaire HEMO 22M.

**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**

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

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

Les demandeurs consentent de partager un paiement forfaitaire de 72 000 \$ disponible en conformité avec l'article 5.01(4) du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC. Ce paiement forfaitaire sera réparti comme ils le conviennent. Pour qu'il soit accordé, les demandeurs doivent être d'accord sur le montant alloué à chaque demandeur.

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

3. Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tels que définis dans les instructions) 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 dudit régime, **sauf** pour :

- toute demande d'indemnisation qu'une personne pourrait avoir si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée conjointe 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 d'indemnisation qu'une personne pourrait avoir si elle est reconnue admissible comme personne indirectement infectée enfant d'un hémophile directement infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) relativement à sa propre infection par le VHC.

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

**SECTION C – DÉCLARATIONS**

4. *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 vivante 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 infecté décédé (ou personne atteinte de thalassémie majeure) ou aucune personne à charge vivante ex-conjointe du défunt à qui le défunt fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de l'hémophile infecté décédé (ou la personne atteinte de thalassémie majeure), autre que les personnes énumérées dans le Tableau d'allocation.*
5. *Toutes les personnes qui signent ce formulaire (incluant les contreparts tels que définis dans les instructions) croient et déclarent que tous les demandeurs énumérés dans le Tableau d'allocation sont majeurs et mentalement capables.*
6. *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 vivante 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 hémophile (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) infectée par le VHC décédée et chaque personne à charge vivante ex-conjointe du défunt à qui le défunt fournissait un soutien ou avait l'obligation légale de fournir un soutien à la date du décès de l'hémophile (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) infecté décédé, (collectivement « les demandeurs »).

- 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.
- Si le montant de l'allocation pour un demandeur est nul, veuillez inscrire nul.
- L'allocation totale doit correspondre à 72 000 \$.
- L'administrateur ne peut traiter le choix avant d'avoir reçu le formulaire HEMO 22 (ainsi que le Tableau d'allocation) dûment rempli par chacun des demandeurs.



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

**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL DOIT  
APPOSER ICI UNE DES ÉTIQUETTES  
RÉIMPRIMÉES 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'i/elle ne connaît aucun autre membre de la famille et / ou personne à charge vivante 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 le 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 réclamations 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 l'hémophile infecté décédé	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement, et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C, D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> 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 vivante 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 le 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 réclamations 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 l'hémophile infecté décédé	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement, et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> 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 vivante 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 le 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 réclamations 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 l'hémophile infecté décédé	Allocation \$\$	Signature du demandeur	Consentement, et Déclarations	Date AA/MM/JJ	Témoin
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées
		/ /					<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Je comprends et je suis d'accord avec les sections B, C et D	/ /	signature du témoin lettres moulées