

**Convention de règlement relative à l'hépatite C visant  
la période antérieure à 1986 et la période postérieure à 1990**

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROLONGATION  
DE DÉLAI POUR REMÉDIER AUX DÉFICIENCES DE RENSEIGNEMENTS**

Le réclamant peut demander par écrit à l'Administrateur de la Convention de règlement une prolongation du délai pour remédier aux déficiences de renseignements. Le réclamant doit indiquer les mesures prises pour remédier aux déficiences, la raison pour laquelle elles n'ont pas été remédiées et les mesures qu'il prévoit prendre pour y remédier. Cette demande sera transmise aux tribunaux afin d'obtenir une décision sur l'opportunité d'accorder une prolongation du délai.

**Section A – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MEMBRE DES RECOURS COLLECTIFS  
INFECTÉ PAR LE VHC ou À UN MEMBRE DE LA FAMILLE**

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_  
Adresse résidentielle \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_ Date de naissance (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_  
Téléphone à domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau \_\_\_\_\_

**Section B –REPRÉSENTANT PERSONNEL**

Veillez remplir cette section à votre sujet si vous êtes un représentant personnel au titre du VHC qui présente une réclamation au nom d'un membre des recours collectifs infecté par le VHC ou au nom d'un membre de la famille qui est un mineur, un adulte inapte ou qui est décédé.

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_  
Adresse résidentielle \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_ Date de naissance (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_  
Téléphone à domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau \_\_\_\_\_

**Section C – GENRE DE RÉCLAMANT**

Cochez la case appropriée.

- Membre du recours collectif infecté par le VHC  
 Membre de la famille

**Section D – NUMÉRO DE DOSSIER**

Précisez le numéro de dossier faisant l'objet de la demande de prolongation.

Numéro de dossier \_\_\_\_\_

Précisez les mesures prises pour remédier aux déficiences :

---

---

---

---

---

Précisez la raison pour laquelle vous n'avez pas remédié aux déficiences :

---

---

---

---

---

Précisez les mesures que vous prévoyez pour remédier aux déficiences :

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Date de signature (mois jour année)

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant ou du représentant personnel

*Veillez retourner les deux pages du Formulaire à l'Administrateur si vous désirez obtenir une prolongation.*