

PATIENT DECÉDÉ

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance : / /

Décès : ☐ hors CHU ☐ au CHU, dans le service de :

DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

.....

Mail : Téléphone :

Qualité du demandeur : ☐ Conjoint/concubin/PACS ☐ Enfant
☐ Parent ☐ Frère/sœur
☐ Avocat (mandataire) ☐ Médecin traitant (mandataire)
☐ Autre (à préciser) :

MOTIF DE LA DEMANDE

Cocher la/les case(s) correspondante(s) et préciser **obligatoirement** les motifs (2) et (3) :

☐ ⁽¹⁾ Connaître les causes de la mort

☐ ⁽²⁾ Défendre la mémoire du défunt :

.....

.....

☐ ⁽³⁾ Faire valoir un droit (droit à pension, à assurance, réparation d'un préjudice...) :

.....

.....

.....

En vertu de la législation en vigueur, le secret médical reste protégé par la loi même après le décès du patient y compris entre époux, parents, enfants, ou proche. En votre qualité d'ayant-droit, vous n'avez donc pas l'accès à l'intégralité du dossier médical. Sous réserve que le défunt ne s'y soit pas opposé de son vivant, vous ne pouvez obtenir que des informations répondant aux objectifs énoncés par la loi: connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir vos propres droits (art. L.1110-4 CSP)

MODE DE COMMUNICATION

- ☐ Envoi à votre domicile
☐ Consultation sur place (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin du CHU)
☐ Remise en main propre dans le service médical concerné
☐ Envoi au mandataire de mon choix :

• Nom du mandataire :

• Adresse du mandataire :

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR (en cours de validité)

JE SUIS

JE FOURNIS LES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS :

Epoux ou enfant

- Pièce d'identité recto-verso du demandeur
- Acte de décès si décès hors CHU
- Livret de famille (extrait)

**Parent, frère/sœur ou catégorie
« autre »**

- Pièce d'identité recto-verso du demandeur
- Acte de décès si décès hors CHU
- Justificatif de la qualité d'ayant-droit (acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier...)

Partenaire de PACS
(Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016)

- Pièce d'identité recto-verso du partenaire
- Acte de décès si décès hors CHU
- Contrat de PACS

Concubin
(Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016)

- Pièce d'identité recto-verso du concubin
- Acte de décès si décès hors CHU
- Justificatif de la qualité de concubin (certificat de concubinage, quittance de loyer, bail d'habitation...)

Mandataire

- Pièce d'identité recto-verso du mandataire
- Carte professionnelle du mandataire
- Acte de décès si décès hors CHU
- Procuration motivée et signée par le mandant
- Documents justifiant la qualité du mandant

Ce formulaire ainsi que les pièces jointes sont à envoyer par mail ou courrier au secrétariat médical du(des) service(s) concerné(s) dont les coordonnées sont consultables sur le site internet de l'établissement (www.chu-nice.fr).

En cas de difficulté rencontrée ou d'insatisfaction de la réponse apportée par le(s) service(s), vous pouvez saisir la Commission des Usagers par mail (cdu@chu-nice.fr) ou par courrier (CHU de Nice - Hôpital de Cimiez - CDU-CS 91179 - 06003 Nice Cedex 1).

Conformément aux dispositions applicables, la première copie du dossier médical est fournie gratuitement au demandeur.

En cas de demandes répétées ou supplémentaires, des frais correspondants aux coûts de reproduction et d'envoi pourront être facturés.

Je reconnais accepter les conditions précitées de communication du dossier médical. Je suis informé(e) que les tarifs des copies sont consultables sur le site Internet du CHU de Nice ou sur simple demande auprès du(des) secrétariat(s) concerné(s). Une fois ce document dûment complété, signé et renvoyé, un devis me sera adressé le cas échéant, après l'évaluation réalisée par le(les) service(s) médical(aux). A défaut de l'accepter, je reconnais avoir été informé(e) qu'aucune copie de pièce ne me sera transmise.

A,

Signature du demandeur

Le