

FORMULAIRE AYANT-DROIT

1. IDENTITE DU PATIENT DECÉDÉ

Nom : Prénom :
Né(e) le :/...../..... Décédé(e) le :/...../.....

2. IDENTITE DU DEMANDEUR AYANT-DROIT

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :/...../.....
Adresse : Téléphone (obligatoire) :
..... Mail :
Exerce son droit en qualité de : ☐ Conjoint ☐ Partenaire de PACS ☐ Concubin
☐ Parent ☐ Enfant

3. INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Motif(s) de la demande (**obligatoire**) : **précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.*

☐ Connaître les causes de décès

☐ Défendre la mémoire du défunt*

.....
.....
.....

☐ Faire valoir ses droits *

.....
.....
.....

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation :

Nom du ou des services de soins :
.....

Informations supplémentaires :

A NOTER : Selon le décret du 29 avril 2002, la communication du dossier aux ayants-droits porte uniquement sur les « *seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi* » et sauf opposition formelle du patient de son vivant (dernier alinéa article L.1110-4 du Code de la santé publique). Le choix des pièces à adresser appartient à l'équipe médicale en fonction de la motivation de la demande. Tout élément étranger à cet objectif sera exclu de la communication. L'équipe médicale n'est nullement liée par une éventuelle liste des pièces réclamées par le demandeur (CADA, CH de Cornouailles, conseil n°20122968 du 13 septembre 2012). Le dossier médical complet ne peut être communiqué.

4. NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

Les éléments du dossier médical requis :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation du dernier service qui précise les causes du décès
- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
- ☐ Autre(s) document(s) à préciser

.....
.....

**EN CAS DE DIFFICULTÉS, NOUS VOUS INVITONS À VOUS RÉFÉRER AU GUIDE DE BON USAGE.*

5. JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Les justificatifs à fournir sont les suivants :

- une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité, permis de conduire) à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :
- une copie de l'acte de décès
- Pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
- Pour les autres demandeurs :
 - Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité
 - Pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS
 - Pour le concubin : éléments prouvent la situation de fait
 - Si vous avez été mandaté(e) par un ayant droit, merci de joindre le document(s) attestant de votre qualité de mandataire (mandat...)

6. MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- ☐ Consultation sur place (prendre RDV à la Direction du Service aux patients, aux usagers et relations juridiques au 02.41.35.53.05) - **gratuit** -
Présence d'un médecin du CHU : ☐ Oui ☐ Non

- ☐ Remise des copies sur place (à la Direction du Service aux patients, aux usagers et relations juridiques) - **sans frais de port**
NB : Si vous désignez une personne pour venir récupérer votre dossier en votre nom, une procuration avec copie d'une pièce d'identité est nécessaire.

- ☐ Envoi postal - **avec frais de port**

- à moi-même
- à un médecin : Nom et prénom :
Adresse :
.....

--	--	--	--	--

Frais de copies et de port

La facture est envoyée a posteriori de la réception du dossier médical par le Trésor Public.

- Photocopie A4 : 0,20 €
- Photocopie A3 : 0,36 €

+ **Frais de port** uniquement avec accusé de réception : à partir de 7,56€

Toute copie faite sera facturée après une première relance, même si personne ne vient la chercher.

7. ATTESTATION

Je soussigné(e) M., Mme (*rayez les mentions inutiles*)

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- prend en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

Fait à le/...../..... Signature manuscrite :

LE FORMULAIRE EST A RETOURNER DUMENT COMPLETE AU CHU ANGERS - DIRECTION DU SERVICE AUX PATIENTS, AUX USAGERS ET RELATIONS JURIDIQUES - 4 RUE LARREY - 49933 ANGERS CEDEX 9 OU PAR COURRIEL : usagers@chu-angers.fr.