



D T 0 1 8 0

**Demande d'accès à un dossier
 médical d'un usager décédé**

N# Dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 DDN : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER DÉCÉDÉ

Nom et prénom à la naissance : _____
 Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____ Date du décès (aaaa-mm-jj) : _____

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Nom et prénom : _____
 Lien avec l'usager : _____ N° de téléphone : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Code postal : _____

Veillez choisir :

Cocher	Titre	Preuves nécessaires	Renseignements autorisés *
<input type="checkbox"/>	Époux	Certificat de mariage + Certificat de décès	Cause du décès
<input type="checkbox"/>	Conjoint de fait	Déclaration du revenu (partie identification) + Certificat de décès	Cause du décès
<input type="checkbox"/>	Enfant de l'usager décédé	Certificat de naissance du requérant + Certificat de décès	Cause du décès + Maladie héréditaire
<input type="checkbox"/>	Parent de l'usager décédé	Certificat de naissance du requérant + Certificat de décès	Cause du décès + Maladie héréditaire
<input type="checkbox"/>	Personne liée par le sang (ex : cousins (es), grands-parents)	Certificat de naissance du requérant + Certificat de naissance de l'usager	Cause du décès + Maladie héréditaire
<input type="checkbox"/>	Héritier (ère) légal (e)	Testament + Preuve de recherche testamentaire	Cause du décès, renseignements nécessaires à ses fonctions
<input type="checkbox"/>	Liquidateur de succession	Testament + Preuve de recherche testamentaire	Cause du décès, renseignements nécessaires à ses fonctions
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire d'assurance vie	Police d'assurance ou rente + Certificat de décès	Cause du décès, renseignements nécessaires à ses fonctions
<input type="checkbox"/>	Autre		

Je demande accès au dossier médical pour la (les) raison (s) suivante (s) : Soyez précis.

Signature : _____ Date : _____
 Témoin : _____ Date : _____

