

Je, soussigné-e M. - Mme, (nom en majuscules, prénom)

Adresse postale :

Téléphone / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Courriel : @

Lien avec le patient

AYANT DROIT, PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS OU CONCUBIN DE :

M. - Mme, (nom en majuscules, prénom, nom de jeune fille)

Date de naissance / ____ / ____ / ____ /

Décédé-e le / ____ / ____ / ____ /

Lieu de décès :

Suivi-e à l'hôpital (nom de l'hôpital de l'AP-HP) :

Dans le service :

**DEMANDE LA TRANSMISSION DE DOCUMENTS MÉDICAUX ÉTABLIS À SON NOM,
POUR LE MOTIF SUIVANT :**

connaître les causes du décès

faire valoir un droit*

défendre la mémoire du défunt *

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

Attention : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus.

Date :

Signature

- **Justificatifs à produire dans tous les cas :** copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :
 - 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 les communes qui les délivrent),
 - Copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement.
 - Pour le partenaire d'un PACS : copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du tribunal judiciaire de Paris.
 - Pour le concubin : éléments prouvant la situation.
- Les frais de copie et d'envoi sont facturables.*