

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et l'envoyer à l'adresse suivante accompagné des pièces justificatives :

Direction
Centre Azuréen de Cancérologie
1, Place du Dr Jean-Luc Broquerie
06250 Mougins

Votre identité (demandeur)

Qualité du demandeur : conjoint ou partenaire lié par un PACS/Mariage
 Ayant droit : Veuillez préciser.....
 Autres : Veuillez préciser.....

Civilité : Mme M. Non genré

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse : Adresse mail :

Code postal : Commune :

Téléphone portable : Fixe :

Identité du défunt

Civilité : Mme M. Non genré

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Vous êtes	Pièces justificatives à fournir
<u>L'ayant droit</u>	Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport) L'acte de décès Copie du livret de famille complet Et /ou Acte notarié ou testamentaire Et/ou certificat d'hérédité Et/ou extrait d'acte de naissance Et/ou tout justificatif attestant de votre statut d'ayant droit

Si vous êtes ayant droit : Préciser le /les motifs de votre demande :

- 1-connaître les causes de la mort
 2-défendre la mémoire du défunt *
 3-faire valoir ses droits :
- droit à assurance
 - droit à pension
 - réparation d'un préjudice
 - enquête oncogénétique
 - autre à préciser *
- * veuillez préciser les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt ou à faire valoir ses droits :
-

Que peut communiquer l'établissement ?

- Aux ayants droits :**

Le droit d'accès de l'ayant droit est plus limité que celui dont dispose le patient lui-même. En effet, si un patient peut exiger la communication d'une copie intégrale de son dossier sans donner la moindre raison, tel n'est pas le cas s'agissant de l'ayant droit. En outre, l'ayant droit ne dispose pas d'un droit d'accès général à l'ensemble des pièces du dossier patient. Il n'est autorisé à accéder qu'aux seuls éléments nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi.

Périodes de la prise en charge du patient

Modalités de communication

Consultation du dossier sur place

Souhaitez-vous un accompagnement médical par l'établissement pour sa lecture Oui Non

Souhaitez-vous être accompagné d'un tiers Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser : Nom, prénom et qualité

.....

Remise de la copie du dossier à récupérer sur place

Envoi de la copie à votre domicile en recommandé accusé réception (*)

Envoi de la copie au médecin de votre choix. Veuillez préciser son nom, prénom et adresse (+Copie certifiée conforme de l'inscription à l'ordre, si consultation par son intermédiaire) :

.....

.....

.....

.....

(*) Frais d'envoi au tarif de la poste en vigueur pour LR avec AR à la charge du demandeur.

Fait à

Signature du demandeur

Le