

Ce formulaire est à retourner, accompagné des justificatifs demandés

Par voie postale :

Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer
Route de Blendecques - BP 60357 HELFAUT
62505 SAINT-OMER CEDEX

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :

- ☐ Ayant-droit
 - ☐ Epoux, Epouse
 - ☐ Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur
 - ☐ Enfants
 - ☐ Autres ayants droits (héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès...)
- ☐ Partenaire lié par PACS ou concubin
- ☐ Tuteur

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... **Adresse :**

.....

Code postal : **Commune :**

Tél : Domicile : **Mobile :**

Adresse mail :

IDENTITÉ DU DÉFUNT

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... **Date de décès :**/...../.....

Service concerné par la demande :

**DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU FORMULAIRE DE
DEMANDE DE CERTIFICAT POST-MORTEM**

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur ;
- ☐ Copie de l'acte de décès ;
- ☐ Certificat d'hérédité / acte notarié ;

Selon votre situation, veuillez joindre à la demande l'un des documents suivants :

- ☐ Copie du livret de famille (si enfant du défunt ou son époux/épouse ou père/mère) **OU**
- ☐ Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) **OU**
- ☐ Certificat de vie commune **OU**
- ☐ Une déclaration sur l'honneur, attestant du concubinage, signée par les concubins

A cette fin, il est impératif de cocher le motif de la demande ET de le préciser ci-dessous :

- ☐ Connaître les raisons du décès ☐ Recherche génétique ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Faire valoir vos droits

Pour les deux derniers motifs, vous devez impérativement motiver votre demande de façon détaillée. L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui répondent à ce motif. Seuls ces derniers pourront vous être transmis, il est donc important de bien expliquer les raisons de votre demande.

.....

.....

.....

.....

N.B. : En vertu des **articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique**, la communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent. En vertu de **l'article R.1112-7 du code de la santé publique**, les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de **20 ans** à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de **10 ans** à compter de la date du décès.

MOYEN DE COMMUNICATION DU CERTIFICAT SOLLICITÉ

- ☐ Consultation sur place avec remise en main propre du certificat ;
- ☐ Envoi du certificat à
 - ☐ moi-même le demandeur
 - ☐ un médecin : Dr Ville
 - Tél :
 - Adresse de messagerie sécurisée du médecin

N.B. : En matière de délais, veuillez noter que selon **l'article L. 1111-7 du code de la santé publique**, les dossiers médicaux de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours et que ceux de plus de 5 ans sont communiqués dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Dès réception de ces informations et sauf rétractation de votre part dans un délai de 48 heures, une suite sera donnée à votre demande dans les délais définis par les textes. Le service des relations avec les usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande de certificat post-mortem.

INFORMATION IMPORTANTE CONCERNANT VOTRE DEMANDE

Il ne sera délivré aucun autre certificat hormis ceux évoqués dans l'extrait du Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015 ci-dessous :

« A la suite du décès d'un assuré, l'assureur désire vérifier que la cause du décès est étrangère à une éventuelle clause d'exclusion de garantie figurant dans le contrat, ou que le contractant n'a pas omis, lors de la souscription, de déclarer un élément facteur de risque.

Le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès est alors contacté, soit directement par le médecin de la compagnie d'assurance, soit par l'intermédiaire des ayants droit de la personne décédée pour remplir un questionnaire de santé ou délivrer un certificat médical détaillé indiquant : les antécédents du patient, la cause du décès, la date d'apparition des premiers symptômes, la date de diagnostic de la maladie...

La position de l'Ordre est que le médecin, lié par le secret médical, ne doit pas répondre à ce type de question. On admet, tout au plus, qu'il dise si la mort est naturelle, due à une maladie ou à un accident ou encore si cela correspond bien à la réalité, il peut confirmer que la mort est étrangère aux clauses d'exclusion du contrat d'assurance dont il a pris connaissance.

Il revient au médecin qui a constaté le décès de remettre aux ayants droit de la personne décédée un certificat indiquant sans autre précision que le décès résulte d'une cause naturelle, d'une maladie ou d'accident ou que sa cause ne figure pas parmi les clauses d'exclusion prévu au contrat qui lui a été communiqué.

Aucune modification de nos règles déontologiques ne nous conduit actuellement à changer une attitude basée sur le principe du secret médical ».

Ainsi, le médecin ne peut pas remplir, signer ou contresigner un questionnaire de santé ou certificat médical détaillé révélant la nature, la date d'apparition de la maladie ayant entraîné le décès, l'existence d'autres affections.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du certificat post-mortem et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Fait le/...../..... à

Signature obligatoire :