



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS

Direction des affaires générales,  
juridiques et relations usagers

Ce formulaire est à retourner, accompagné des justificatifs demandés ci-dessous :

**Par voie postale : Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac, à l'attention du service des relations avec les usagers, 50 avenue de la République – 15000 AURILLAC OU par mail**

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :  Tuteur  Ayant-droit  Représentant légal

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**

Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) **OU**

Certificat de vie commune **OU**

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     Défendre la mémoire du défunt     Faire valoir vos droits  
 Recherche génétique

.....  
.....

**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 l'adresse indiquée (**frais postaux aux tarifs en vigueur**) ;

**N.B.** : Une facture relative aux frais de reproduction et d'envoi sera envoyée à l'adresse indiquée sur le présent formulaire car en vertu de **l'article R311-11 du code des relations entre le public et l'administration**, « *A l'occasion de la délivrance du document, des frais correspondants au coût de reproduction et, le cas échéant, d'envoi de celui-ci peuvent être mis à la charge du demandeur. [...] L'intéressé est avisé du montant total des frais à acquitter dont le paiement préalable peut être exigé* ». Enfin, 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.

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 :