



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Usager décédé : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NAM : _____

Numéro de téléphone : _____

Date de naissance : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL D'UN USAGER DÉCÉDÉ

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Nom et coordonnées :

Titre du requérant / relation avec l'usager : _____

(Ex : Époux, conjoint de fait, liquidateur de la succession, enfant de l'usager, parent de l'usager, héritier légal, bénéficiaire d'une police d'assurance-vie, etc.).

➔ Veuillez joindre les pièces justificatives relatives à votre titre.

Documents demandés au dossier de l'usager :

Période visée : _____

Motif précis et détaillé de la demande (↓) :

Mode de transmission :

En personne

Télécopieur : _____

Adresse postale : _____

Courriel : _____

Signature du requérant : _____

Date : _____

AAAA - MM - JJ

Signature du témoin : _____

Date : _____

AAAA - MM - JJ