



SANTÉ ET AFFAIRES SOCIALES
**DÉCLARATION RELATIVE AU POUVOIR D'AGIR POUR
UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

Ce formulaire doit être rempli par une personne qui déclare avoir le pouvoir, à titre de représentante successorale, d'exercer les droits ou les pouvoirs d'une personne décédée, conformément à l'article 47 de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*.

Partie 1 : Personne pour laquelle des documents sont demandés (la personne décédée)		
Nom complet	Date de naissance AAAA/MM/JJ	
Partie 2 : Renseignements sur le représentant successoral		
Nom complet	Adresse résidentielle	Territoire ou province
Partie 3 : Confirmation relative au pouvoir d'agir		
Je confirme que je suis le représentant successoral de la succession de _____ (la personne décédée)		
en vertu du document ci-joint (cochez une seule case) :		
<input type="checkbox"/> Lettre d'homologation		
<input type="checkbox"/> Lettres d'administration		
et je confirme en outre que mon exercice des droits ou des pouvoirs de la personne décédée aura :		
a. soit trait à l'administration de la succession de la personne décédée;		
b. soit trait à une réclamation en vertu d'une police d'assurance au terme de laquelle une indemnité est payable au décès de la personne décédée.		
et ne sera exercée à aucune autre fin.		
Partie 4 : Déclaration relative au pouvoir d'agir pour une personne décédée		
Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et exacts.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que l'alinéa 121 (1) c) de la <i>Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux</i> prévoit qu'une personne qui prétend faussement avoir le droit de consentir au nom d'une autre personne est coupable d'une infraction et passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende maximale de 25 000 \$.		
Signature du déclarant	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ