



DOCUMENT DE RÉFLEXION EN VUE DE LA PRÉPARATION DE VOTRE MANDAT DE PROTECTION

Ce document est mis à votre disposition pour vous permettre d'entamer votre réflexion quant à vos souhaits en prévision d'une éventuelle inaptitude. Il ne constitue pas un document légal, même une fois rempli.

Remplissez-le au meilleur de vos connaissances, recueillez les documents requis, le cas échéant, et prenez rendez-vous si ce n'est déjà fait. Votre notaire se fera un plaisir de compléter l'information avec vous et de vous prodiguer les conseils nécessaires pour vous assurer que le document final respecte vos volontés.

Identité du Mandant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Mobile : _____

N.A. Sociale : _____ N.A. Maladie : _____

Profession/Occupation : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

État civil / Régime matrimonial

Célibataire jamais marié(e)

Veuf / Veuve de : _____ Date du décès : _____

Marié(e) à : _____ Date du mariage : _____

Séparé(e) de : _____ Date du divorce : _____

Divorcé(e) de : _____ Date du divorce : _____

IMPORTANT → La loi oblige votre notaire à s'assurer de l'identité de toute personne qui se présente à l'Étude pour signer des documents. Lors de votre visite, veuillez apporter vos cartes d'assurance sociale et d'assurance maladie, ainsi que votre contrat de mariage, votre jugement de séparation ou de divorce, le cas échéant.

1. QUI SERA CHARGÉ DE GÉRER MES BIENS? (Mandataire(s) aux biens)

a. _____

sinon b. _____

sinon c. _____

Si tous les enfants ont atteint l'âge de _____ ans, seront-ils tous mandataires? Oui Non

2. QUI SERA CHARGÉ DE S'OCCUPER DE MA PERSONNE? (Mandataire(s) à la personne)

La même personne que le mandataire aux biens

– OU –

a. _____

sinon b. _____

sinon c. _____

3. DÉCISIONS MÉDICALES SI JE DOIS ÊTRE MAINTENU(E) EN VIE ARTIFICIELLEMENT :

Je refuse l'acharnement thérapeutique (respirateur, gavage, etc.) et autorise mon mandataire à refuser les soins

Mon mandataire n'est pas autorisé à refuser les soins et devra suivre l'avis des médecins

Je laisse toutes décisions à la discrétion de mon mandataire

4. DON D'ORGANES ET DE TISSUS :

Mon mandataire devra permettre le don d'organes et de tissus

Je refuse que mon mandataire permette le don d'organes et de tissus

Je n'ai pas pris de décision à ce sujet

5. SI JE SUIS INAPTE, LES PERSONNES SUIVANTES POURRONT CONTINUER À UTILISER MES BIENS ET REVENUS :

Conjoint(e) OUI Conjoint(e) NON

Enfant(s) OUI Enfant(s) NON

Autre(s) _____ OUI Autre(s) _____ NON

6. QUI SERA TUTEUR À MES ENFANTS MINEURS? :

a. _____

sinon b. _____

sinon c. _____

7. MON MANDATAIRE DEVRA-T-IL FAIRE UN RAPPORT ANNUEL DE SA GESTION? :

Non, je l'en dispense

Oui, il devra faire un rapport à chaque année à _____