



IVAC Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 5

Autorisation de transmettre une copie du dossier

Numéro d'assurance maladie

Numéro de dossier IVAC

Date de naissance
Année Mois Jour

Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom	Prénom
-----	--------

Adresse

Numéro	Rue	Appartement
--------	-----	-------------

Case postale	Ville / Municipalité
--------------	----------------------

Province / État	Pays	Code postal
-----------------	------	-------------

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CSSS, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Inscrivez l'adresse complète

Documents demandés

Autorisation	L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans ou plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.	Signature	Date
			Année Mois Jour

1 7 1 1 (08-04)



IVAC Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 5

Autorisation de transmettre une copie du dossier

Numéro d'assurance maladie

Numéro de dossier IVAC

Date de naissance
Année Mois Jour

Renseignement sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom	Prénom
-----	--------

Adresse

Numéro	Rue	Appartement
--------	-----	-------------

Case postale	Ville / Municipalité
--------------	----------------------

Province / État	Pays	Code postal
-----------------	------	-------------

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CSSS, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Inscrivez l'adresse complète

Documents demandés

Autorisation	L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans ou plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.	Signature	Date
			Année Mois Jour

1 7 1 1 (08-04)