



Indemnisation  
des victimes  
d'actes criminels

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER

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

N° de dossier IVAC

N° d'assurance maladie

Date de naissance

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

Nom de famille (selon l'acte de naissance)

Prénom

### Adresse du domicile

Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville/Municipalité

Province/État

Pays

Code postal

Nom du père

Nom de la mère

### Autorisation

J'autorise la Direction générale de l'IVAC, y compris tout professionnel-conseil au bureau médical de cette direction, à communiquer ou à échanger tous les renseignements jugés nécessaires au traitement de mon dossier avec mon médecin traitant, ou mon équipe de professionnels de la santé traitante. Il peut s'agir de toute information ou toute documentation administrative ou médicale qui se trouve dans mon dossier et peut provenir du dossier administratif ou de toute documentation obtenue par la Direction générale de l'IVAC par une autre ressource externe. Cette communication sera effectuée uniquement lorsqu'elle sera jugée nécessaire par les intervenants de la Direction générale de l'IVAC.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma demande de prestation.

**Signature** (Signer à la main la version imprimée)

