



**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

AUTORISATION DE TRANSMETTRE UNE COPIE DU DOSSIER

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

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

Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville/Municipalité

Province/État

Pays

Code postal

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 (Signer à la main la version imprimée)

