IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

BUREAU DE LA RÉVISION ADMINISTRATIVE
DÉSISTEMENT

Remplissez le formulaire en inscrivant les renseignements demandés dans les champs appropriés.

Renseignements sur l'identité de la personne qui effectue le désistement		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier IVAC du client
Date de l'événement A A A A M M J J	Date de la ou des décisions	N° d'assurance sociale
Adresse N°, Rue, App.		
Ville		
Province / État		Code postal
Téléphone	Téléphone (autre)	Courriel
Est-ce que quelqu'un vous représente pour cette demande ? ☐ Oui (veuillez remplir la 2e section) ☐ Non		

Si vous êtes représenté par un avocat ou une avocate, ou une autre personne agissant à ce titre		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	
Firme		
Adresse N°, Rue, App.		
Ville		Code postal
Province / État		
Téléphone	Téléphone (autre)	Courriel

Signature	**Date**
	A A A A M M J J

Veuillez s.v.p. imprimer le document et le faire parvenir à la Direction de l'IVAC au :

Bureau de la révision administrative
Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels
1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1

Téléphone : 514 906-2936
Sans frais : 1 800 931-7753
Télécopieur : 514 906-2937