

1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.	2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC :
	En ligne www.ivac.qc.ca
	Par la poste 1199, rue De Bleury, C. P. 6056, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 4E1
	Par télécopieur 1 888 927-0003

1. Renseignements sur l'identité du demandeur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier IVAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse		Téléphone	
Numéro	Rue	Appartement	Principal
Ville	Province/État	Code postal	Autre
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Est-ce que quelqu'un vous représente pour cette demande ?		Oui (<i>Veillez remplir le mandat de représentation à la page 2 de ce formulaire.</i>)	
		Non	

2. Renseignements sur votre demande		
Date de la décision	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Objet de la décision:
		<i>Indiquez le ou les motifs :</i>
Date de la décision	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Objet de la décision:
		<i>Indiquez le ou les motifs :</i>
Date de la décision	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Objet de la décision:
		<i>Indiquez le ou les motifs :</i>
Date de la décision	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Objet de la décision:
		<i>Indiquez le ou les motifs :</i>

Si nécessaire, utilisez l'espace supplémentaire disponible à la fin du formulaire.

Avez-vous l'intention de soumettre d'autres documents que ceux qui se trouvent déjà dans votre dossier ?

Oui (indiquez la nature des documents)

Non

Avez-vous des commentaires ou des observations à soumettre à l'appui de votre demande de révision ?

3. Détails concernant votre demande
Vous pouvez transmettre tout document que vous jugez pertinent à l'appui de votre demande (ex. : évaluation de santé, expertise médicale, informations sur le suivi de votre état de santé, déclarations fiscales ou tout autre document pertinent en lien avec votre demande de révision). Le réviseur peut également vous demander des documents spécifiques à l'étude de votre demande. Comme les démarches pour obtenir certains documents peuvent être longues, nous vous suggérons de les entreprendre le plus tôt possible.

4. Signature du demandeur
<input type="text"/>

MANDAT DE REPRÉSENTATION

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de révision. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de révision et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Direction générale de l'IVAC à communiquer à mon représentant tout renseignement dans le présent dossier.

1. Renseignements sur l'identité du représentant

Firme (si applicable)

Nom de famille

Prénom

Adresse (firme ou domicile)

Numéro

Rue

Appartement/Bureau

Téléphone

Principal

Poste

Ville

Province/État

Code
postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Télécopieur

2. Signature du demandeur

A A A A M M J J