

Financial Services Commission of Ontario	Commission des services financiers de l'Ontario	Motor Vehicle Accident Claims Fund	Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules d'automobiles	5160 Yonge St. Box 85 North York, ON M2N 6L9	5160, rue Yonge boîte 85 North York (Ontario) M2N 6L9 (416) 250-1422
--	---	--	--	---	--

File N° _____
m de dossier _____

**APPLICATION
DEMANDE**

IMPORTANT

PLEASE OBTAIN THE DRIVER'S LICENCE NUMBER OF THE OWNER AND THE DRIVER OF THE UNINSURED VEHICLE
A SEPARATE APPLICATION MUST BE COMPLETED BY OR ON BEHALF OF EACH APPLICANT

This is my application for payment out of the Motor Vehicle Accident Claims Fund, pursuant to Section 4 of the Motor Vehicle Accident Claims Act, R.S.O. 1990, Chapter M.41.

**PLEASE PRINT
VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**

Last Name <i>Nom</i> _____	Age <i>Âge</i> _____	Telephone: <i>N° de téléphone:</i> _____	Res: <i>Dom.</i> _____
First Name <i>Prénom</i> _____			Bus: <i>Trav.</i> _____
Address <i>Adresse</i> _____		City <i>Ville</i> _____	
Occupation <i>Profession</i> _____	Employed by <i>Employeur</i> _____		
Your Driver's Licence No. <i>N° de permis de conduire</i> _____			
Your Insurance Company <i>Nom de votre cie d'assurance</i> _____		Policy No. <i>N° de police</i> _____	
Do You Carry Collision Coverage? <i>Êtes-vous assuré contre les collisions?</i>	Yes/Oui _____	No/Non _____	
Your Deductible <i>Montant de votre franchise</i> _____			
Your Vehicle Make and Year <i>Marque et année de production de votre voiture</i> _____		Plate No. <i>N° de plaque</i> _____	
Your Vehicle Damage \$ <i>Montant des dégâts à votre véhicule</i> _____		\$ _____	
Estimates And/Or Accounts Attached <i>Devis et/ou comptes ci-inclus</i> _____			

IMPORTANT

VEUILLEZ OBTENIR LE N° DE PERMIS DE CONDUIRE DU PROPRIÉTAIRE ET DU CONDUCTEUR DU VÉHICULE NON ASSURÉ.
IL FAUT REMPLIR UNE DEMANDE DISTINCTE POUR CHAQUE REQUÉRANT

Je demande, par la présente, un paiement du Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles, conformément à l'article 4 de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles, L.R.O. 1990, chapitre M.41.

**PARTICULARS OF ACCIDENT:
RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT:**

Date _____	Year <i>Année</i> _____	Hour <i>Heure</i> _____	Date _____	A.M. _____	P.M. _____
Location <i>Endroit</i> _____		City <i>Ville</i> _____			
Investigating Police Officer's Name & No. <i>Nom et numéro de l'agent de police responsable de l'enquête</i> _____					

**NAME AND ADDRESS OF PERSONS INJURED IN YOUR CAR:
NOM ET ADRESSE DES PERSONNES BLESSÉES DANS VOTRE VOITURE:**

Name <i>Nom</i> _____	Age <i>Âge</i> _____	Address <i>Adresse</i> _____
Name <i>Nom</i> _____	Age <i>Âge</i> _____	Address <i>Adresse</i> _____

**PARTICULARS OF UNINSURED MOTOR VEHICLE: PLEASE PRINT
DÉTAILS SUR LE VÉHICULE AUTOMOBILE NON ASSURÉ: VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**

Owner's Last Name <i>Nom du propriétaire</i> _____	First Name <i>Prénom</i> _____
Address <i>Adresse</i> _____	City <i>Ville</i> _____
Owner's Driver's Licence No. <i>N° de permis de conduire du propriétaire</i> _____	
Vehicle Make and Year <i>Marque et année de production du véhicule</i> _____	Vehicle Plate No. <i>N° de plaque</i> _____
Driver's Name <i>Nom du conducteur</i> _____	Address <i>Adresse</i> _____
Driver's Licence No. <i>N° de permis de conduire du conducteur</i> _____	City <i>Ville</i> _____

**HOW DID ACCIDENT HAPPEN (use other side of page if more space required):
COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT (utiliser le verso de cette feuille, au besoin):**

