

Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario



THE MOTOR VEHICLE ACCIDENT CLAIMS ACT R.S.O. 1990, CHAPTER M.41
Application to the Financial Services Commission of Ontario for Restoration
of Driver's Licence of a person indebted to the Motor Vehicle Accident
Claims Fund.

LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS D'AUTOMOBILES,
L.R.O. 1990, CHAPITRE M.41.
Demande présentée au Commission des services financiers de l'Ontario pour le
rétablissement du permis de conduire d'une personne ayant une dette
envers le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles.

Form 2
Formule 2

MAIL TO/ADRESSER A LA

Motor Vehicle Accident Claims Fund
Direction de l'indemnisation des victimes
d'accidents d'automobiles

5160 Yonge St.
16th Floor, Box 85
North York, Ontario
M2N 6L9

5160, rue Yonge
16ième étage, boîte 85
North York, Ontario
M2N 6L9

File No.
N°. de dossier _____
Telephone/Téléphone: (416) 250-1422
or toll free 1-800-268-7188
Fax/Telecopieur: (416) 590-7076

Office Hours/Heures d'ouverture:
8 a.m. to 5 p.m.
8 heures à 17,00 heures

PLEASE PRINT
VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

1. Last Name **First Name**
Nom _____ Prénom _____
Middle Name
Autres prénoms _____

2. Where Do You Live?/Adresse _____

What is your home telephone number?/Numéro de téléphone à la maison _____

3. Please list your addresses for the past three years:
Où avez-vous habité au cours des trois dernières années? _____

4. What was your driver's licence number?
Quel était votre numéro de permis de conduire? _____

5. Date of Birth
Date de naissance _____
(Day)/(Jour) (Month)/(Mois) (Year)/(Année)

6. What is your occupation?
Quelle est votre profession? _____

7. Who is your employer?
Pour qui travaillez-vous? _____

What is your employer's address and telephone number?

A quelle adresse et quel est le numéro de téléphone? _____

What is your supervisor's name?

Quel est le nom de votre surveillant(e) _____

8. How long have you worked for your current employer?

Depuis combien de temps y travaillez-vous? _____

9. How much do you earn before deductions?

Quel est votre salaire avant les déductions? (Monthly)/(Par mois) \$ _____

(Weekly)/(Par semaine) \$ _____

Please attach a copy of your pay stub or a letter from your employer to verify your earnings.
S'il vous plait inclure une copie de votre feuille de paie ou une lettre de votre patron verifiant le salaire

10. Do you have income in addition to your earnings (for example, family allowance benefits or a pension)? If yes, please list each source of income and the amount you receive.

Avez-vous d'autres revenus (allocations familiales ou une pension)? S'il vous plait inclure chaque revenu et le montant que vous recevez.

11. Please describe your assets and their approximate value in the blanks below:

S'il vous plait décrire vos biens meublés and leurs valeurs approximatives:

Assets/Biens meublés:

Approximate value:
Valeur approximative:

Your home/Votre maison \$ _____

Whose name is your home registered in?

La maison est enrégistrée sous quel nom? _____

Vehicle(s)/Voiture(s):

Year/Année Make/Marque Model/Modèle

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Investments (please list):

Investissements (s'il vous plait décrire):

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Savings/Économies

Other Assets (please list):

Autres Biens Meublés (s'il vous plait décrire):

_____ \$ _____

_____ \$ _____

TOTAL ASSETS/SOMME TOTALE DES BIENS MEUBLÉS \$ _____

12. Please describe your monthly expenses in the blanks below:
S'il vous plait faites la liste de vos dépenses mensuelles:

Type of expense:
Sorte de dépense:

Approximate Amount:
Somme approximative:

Your mortgage or rent/Votre hypothèque ou votre loyer \$ _____

If you have a mortgage, who holds it and what is the balance outstanding?
Si vous avez un hypothèque, qui l'appartient et quel est le montant impayé?

Utilities/Services publics \$ _____

Telephone/Téléphone \$ _____

Insurance/Assurance \$ _____

Food/Nourriture \$ _____

Child care/Garderie \$ _____

Credit Card payments/Paiements de carte de crédit \$ _____

Loan payments(please list each of your loans, loan companies and the balance owing):
Paielements de prêt(s'il vous plait faites la liste de chacun de vos prêts, le nom de la compagnie de qui vous avez emprunté et le montant impayé):

\$ _____

Other expenses(please list)/Autres dépenses(S'il vous plait faites la liste)

\$ _____

\$ _____

TOTAL MONTHLY EXPENSES/SOMME DES DÉPENSES MENSUELLES

\$ _____

13. Do you own a motor vehicle?/Etes-vous propriétaire d'une automobile?
If yes, what automobile insurance company issued your policy?
Quel est le nom de votre compagnie d'assurance?

Yes/Oui _____ No/Non _____

Who is your insurance agent or broker?/Qui est votre agent ou courtier?

What is your policy number?/Quel est votre numéro de police? _____

I certify that the information provided in this application is complete and correct.
Je déclare que l'information ci-jointe est complète et exacte.

Date/Date _____

Signature/Signature _____

FORM/FORMULE 3

UNDERTAKING AND AUTHORIZATION BY A PERSON WHO OWNS A MOTOR VEHICLE
ENTREPRISE ET AUTHORIZATION D'UNE PERSONNE A QUI APPARTIENT UNE VOITURE

I, _____, agree to make monthly payments of
(name of applicant)
\$ _____ payable to the Minister of Finance and delivered to the
Motor Vehicle Accident Claims Fund.

The payments will begin as of the day that the Fund requests that the
Minister of Transportation lift the suspension of my driver's licence.
I will continue to make these payments on the same day each month
until I am no longer indebted to the Fund.

As long as I am indebted to the Fund, I will maintain a motor vehicle
liability policy for every motor vehicle that I own. If I change the
insurer of a motor vehicle, I will file with the Director of the Fund a
certificate of insurance issued under the new motor vehicle liability
policy for the vehicle.

I authorize the Director of the Fund to make such inquiries as the
Director considers necessary to determine whether I am complying
with this undertaking.

Witness/Témoin

Name and address of witness/Nom et adresse du témoin

_____ accepte, par la présente, d'effectuer de
(nom du(de la) candidat(e))

versements mensuels de _____ \$ établi à l'ordre du
Ministère des finances et livré à la Direction de l'indemnisation des
victimes d'accidents d'automobiles.

Les versements commenceront à partir de la date à laquelle le Fonds
d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles demandera
que soit levée la suspension de mon permis de conduire, et, chaque
mois à la même date, jusqu'à ce que ma dette soit entièrement
acquittée.

Jusqu'à ce que ma dette soit payée, je garderai une d'assurance
pour chacune de mes voitures. Si je change de compagnie
d'assurance, je m'enregistrerai avec véhicule une nouvelle compagnie
d'assurance et j'enverrai au directeur/à la directrice du Fonds un
certificat d'assurance.

Je donne la permission au directeur/à la directrice de faire une
enquête s'il/si elle le croit nécessaire de vérifier si je me conforme à
cette entreprise.

Signature

Date

OR

FORM/FORMULE 4

UNDERTAKING AND AUTHORIZATION BY A PERSON WHO DOES NOT OWN A MOTOR VEHICLE
ENTREPRISE ET AUTHORIZATION D'UNE PERSONNE A QUI N'APPARTIENT AUCUNE VOITURE

I, _____, agree to make monthly payments of
(name of applicant)

\$ _____ payable to the Minister of Finance and delivered to
the Motor Vehicle Accident Claims Fund.

The payments will begin as of the day that the Fund requests that the
Minister of Transportation lift the suspension of my driver's licence.
I will continue to make these payments on the same day each month
until I am no longer indebted to the Fund.

If I become the owner of a motor vehicle while I am indebted to the
Fund, I will immediately notify and file with the Director of the Fund
a certificate of insurance for the vehicle.

As long as I am indebted to the Fund, I will maintain a motor vehicle
liability policy for every vehicle that I own. If I change the insurer of
a motor vehicle, I will file a certificate of insurance issued under the
new motor vehicle liability policy for the vehicle.

I authorize the Director of the Fund to make such inquiries as the
Director considers necessary to determine whether I am complying
with this undertaking.

Witness/Témoin

Name and address of witness/Nom et adresse du témoin

_____ accepte, par la présente, d'effectuer des
(nom du(de la) candidat(e))

versements mensuels de _____ \$ établi à l'ordre du
Ministère des finances d'accidents d'automobiles.

Les versements commenceront à partir de la date à laquelle le Fonds
d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles demandera
que soit levée la suspension de mon permis de conduire, et, chaque
mois à la même date, jusqu'à ce que ma dette soit entièrement
acquittée.

Si je me procure une voiture pendant que je suis endetté(e) au Fonds,
j'annoncerai immédiatement au directeur/à la directrice que je me
procure d'un certificat d'assurance et je lui enverrai dès que possible.

Jusqu'à ce que ma dette soit payée, je garderai une police
d'assurance pour chacune de mes voitures. Si je change de
compagnie d'assurance, je m'enregistrerai avec une nouvelle
compagnie d'assurance et j'enverrai au directeur/à la directrice du Fonds un
certificat.

Je donne la permission au directeur/à la directrice de faire une
enquête si elle le croit nécessaire de vérifier si je me conforme à
cette entreprise.

Signature

Date