

Avis de collecte de renseignements personnels

Auteur d'une demande de paiement au titre de l'article 4

Le présent avis de consentement est donné en vertu de *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31.

Numéro de dossier

Autorité légale pour la collecte

Article 4 de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles*, L.R.O. 1990, chap. M.41, telle que modifiée.

Principales fins auxquelles serviront les renseignements personnels

Les renseignements fournis dans la demande seront utilisés par le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles, ou par tout agent agissant au nom du Fonds, pour :

- appliquer la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles*;
- déterminer le montant approprié du paiement du Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles dont je fais la demande à l'aide du présent formulaire et pour consulter des organismes de réglementation; pour utiliser la divulgation de tels renseignements aux parties à des fins conformes à celles qui sont indiquées dans la clause précédente;
- consulter les compagnies d'assurance, les services de police (fédéraux, provinciaux, municipaux et étrangers), les employeurs, le ministère du Procureur général, le ministère du Travail, le ministère du Solliciteur général, les administrations municipales, les hôpitaux, les médecins, les experts d'assurances, le Bureau du registraire général de l'état civil, le ministère des Transports et les ateliers de réparation de véhicules automobiles.

Fonctionnaire public avec lequel vous pouvez communiquer au sujet de la collecte des présents renseignements :

Directeur
Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles
222, rue Jarvis, 7^e étage
Toronto ON M7A 0B6
Téléphone : 416-250-1422
Sans frais à l'extérieur de Toronto : 1-800-268-7188

Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels

Je consens irrévocablement à ce que le Fonds recueille, utilise et divulgue les renseignements indiqués dans mon dossier. Je consens aussi irrévocablement à ce que le Fonds et tout représentant agissant pour le compte de celui-ci recueille et utilise des renseignements supplémentaires à mon sujet auprès des sources susmentionnées aux fins indiquées précédemment.

Je consens également à l'utilisation et à la divulgation de tous ces renseignements tels qu'ils sont indiqués dans la présente demande et tels qu'ils ont été obtenus à la suite d'une vérification.

Signature du demandeur	Nom en caractères d'imprimerie	Date (aaaa/mm/jj)
*Signature de la/des personne(s) blessée(s)	Nom en caractères d'imprimerie	Date (aaaa/mm/jj)
*Signature de la/des personne(s) blessée(s)	Nom en caractères d'imprimerie	Date (aaaa/mm/jj)

*La signature des personnes blessées est requise dans le seul but d'obtenir et de vérifier des renseignements concernant les personnes blessées.