

**Quand dois-je remplir le questionnaire Détermination du statut de travailleur ou d'exploitant indépendant - Industrie du camionnage?**

Veillez remplir le questionnaire *Détermination du statut de travailleur ou d'exploitant indépendant* pour l'industrie du camionnage si une des situations suivantes s'applique :

- **Vous n'employez aucun travailleur à plein temps ou à temps partiel.**
- **La ou les entreprises avec lesquelles vous avez actuellement un contrat vous ont demandé de fournir une preuve que vous avez une protection de la CSPAAT.**
- **Votre entreprise embauche des entrepreneurs et a besoin qu'une décision concernant le statut de travailleur ou d'exploitant indépendant soit rendue.**
- **Vous aimeriez établir un compte pour une assurance facultative.**

**Qu'est-ce que je dois soumettre à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?**

1. Le questionnaire *Détermination du statut de travailleur ou un exploitant indépendant- Industrie du camionnage* dûment rempli et portant votre signature (le propriétaire exploitant) et celle de l'entreprise avec qui vous avez actuellement un contrat (l'entrepreneur principal)
2. Une copie de la plaque d'immatriculation et de la portion propriété du véhicule
3. Une copie du contrat de location de location à bail, le cas échéant
4. Une copie de l'enregistrement de votre entreprise ou du certificat de constitution ou des statuts constitutifs
5. Un formulaire *Demande ou modification d'assurance facultative*, s'il y a lieu (formulaire 1574B ci-joint)
  - Une preuve de gains, en cas de demande d'assurance facultative

**Rappel :**

- Lorsque vous remplissez le questionnaire, vous êtes considéré comme le propriétaire exploitant et l'entreprise avec laquelle vous avez présentement un contrat est considérée comme l'entrepreneur principal.
- Assurez-vous d'envoyer à la CSPAAT le questionnaire dûment signé et les documents à l'appui nécessaires.
- Les personnes que la CSPAAT a déterminé comme étant des exploitants indépendants peuvent souscrire une assurance facultative.

**Veillez envoyer le(s) questionnaire(s) dûment rempli(s) et tous les documents nécessaires énumérés ci-dessus à la CSPAAT par la poste, par télécopieur ou par courriel à l'un des numéros ou à l'une des adresses indiqués au haut de la présente page. Si vous avez besoin d'aide ou d'autres renseignements, n'hésitez pas à composer le 416-344-1000 ou, sans frais, le 1-800-387-0750, du lundi au vendredi entre 7 h 30 et 17 h 00.**

## Introduction

Vos réponses aux énoncés figurant dans la **Partie 2** indiqueront si vous êtes un exploitant indépendant ou un travailleur aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*).

Les **travailleurs** ont automatiquement droit aux prestations prévues par la *Loi*, et leurs employeurs sont tenus de payer des primes à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Les **exploitants indépendants** ne sont pas automatiquement couverts aux termes de la *Loi*, mais peuvent choisir d'être considérés comme des « travailleurs » et d'être protégés en vertu de la *Loi*. Si un exploitant indépendant choisit d'être couvert, il doit souscrire une assurance facultative auprès de la CSPAAT. L'exploitant indépendant est responsable du paiement de l'assurance. Une fois qu'il a obtenu une assurance facultative de la CSPAAT, l'exploitant indépendant et les personnes à sa charge peuvent perdre leur droit d'intenter une poursuite en dommage et intérêts par suite d'un accident du travail. Le montant d'assurance facultative choisi par l'exploitant indépendant doit correspondre à ses gains annuels se rapportant au travail. L'assurance facultative s'applique pour une période d'au moins trois mois.

Par **entrepreneur principal**, on entend la compagnie, le transporteur ou l'expéditeur qui vous embauche pour transporter des biens.

Qui doit remplir le présent questionnaire?

- les propriétaires exploitants
- les entrepreneurs principaux qui les embauchent (ou leurs représentants respectifs).

Une fois que la **Partie 2** du questionnaire est remplie, si les réponses montrent que le propriétaire exploitant est un exploitant indépendant, le propriétaire exploitant et l'entrepreneur principal doivent signer le formulaire à la page 2 afin de confirmer que les énoncés reflètent la relation de travail. Le questionnaire doit ensuite être retourné, pour fins de confirmation, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, Centre des services aux employeurs, 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1.

L'exploitant indépendant peut demander une assurance facultative et l'établissement de son propre compte à la CSPAAT en remplissant la section « *Demande d'assurance facultative* » à la page 3.

## Partie 1

Quels services le propriétaire exploitant fournit-il à l'entrepreneur? (Décrire l'équipement utilisé.)


Le propriétaire exploitant a-t-il actuellement un numéro de compte à la CSPAAT ou en a-t-il déjà eu un?

O

N

Si oui, indiquez le numéro de compte :

## Partie 2

Le propriétaire exploitant est considéré comme un exploitant indépendant, pour des fins de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, seulement lorsque la relation de travail comporte tous les éléments suivants :

- (a) Le propriétaire exploitant paie lui-même le camion et la plupart de l'équipement ou les autres frais connexes (comme les frais d'essence, d'entretien du camion, d'immatriculation et d'entreposage). Il n'est pas tenu de financer le camion et l'équipement ou d'assumer d'autres frais connexes au moyen de sources rattachées à l'entreprise.
- (b) Le propriétaire exploitant a le droit d'exercer un choix quant à la sélection et à l'exploitation du véhicule. Il jouit aussi d'une mobilité à l'intérieur du marché, en ce sens qu'il peut, à sa discrétion, conclure des contrats de quelque durée que ce soit en vue de transporter des biens et de maximiser ses bénéfices.
- (c) L'entrepreneur principal n'a pas droit de regard relativement à l'endroit où le propriétaire exploitant achète des produits ou services (toutefois, cela n'empêche pas le propriétaire exploitant d'acheter des produits ou services à l'entreprise). De plus, l'entrepreneur principal n'a pas le droit de contrôler les activités du propriétaire exploitant, sauf lorsque les chargements sont offerts en vertu d'un contrat conclu entre l'entrepreneur principal et l'expéditeur et que les destinations et les horaires de livraison sont également établis en vertu d'un tel contrat, et lorsque des responsabilités conjointes doivent être respectées en vertu des lois fédérales et provinciales portant sur la délivrance de permis et d'autres lois connexes.
- (d) L'entrepreneur principal et le propriétaire exploitant déclarent que la relation de travail est celle d'un contrat de services et qu'il ne s'agit pas d'une relation employeur-employé.
- (e) L'entrepreneur principal n'émet pas de feuillet T4 ou T4A de l'Agence du revenu du Canada et n'effectue aucune retenue au titre de l'assurance-emploi ou du Régime de pensions du Canada prévue par la loi.

À ma connaissance, la relation de travail comporte tous les éléments précisés.

Il est entendu que la CSPAAT se réserve le droit de vérifier que la relation de travail comporte tous ces éléments. S'ils ne sont pas tous présents, la CSPAAT peut révoquer la détermination du statut rétroactivement à la date à laquelle la relation de travail a commencé.

Les renseignements personnels figurant dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*) et pourraient servir à déterminer et à enregistrer votre statut aux fins de la protection ainsi qu'à administrer et à appliquer la *Loi*. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1- 800-387-0750.

Propriétaire exploitant	Signature		Date (jj/mmm/aaaa)
Adresse, ville et province			
	Code postal	Téléphone	Télécopieur

Nom de l'entrepreneur principal	Nom et signature de la personne autorisée	Poste	Numéro de compte à la CSPAAT

### Demande d'assurance facultative (à remplir seulement si vous désirez souscrire une assurance facultative)

Si l'exploitant indépendant désire souscrire une assurance facultative qui relève de son compte à la CSPAAT, il doit retourner à la CSPAAT le présent questionnaire au complet ainsi que le formulaire « *Demande d'assurance facultative* ». L'assurance facultative entre en vigueur à la date à laquelle la demande signée parvient à la CSPAAT.

Je, \_\_\_\_\_, demande une assurance facultative à titre d'exploitant indépendant; cette assurance relèvera de mon compte à la CSPAAT.

J'ai rempli le formulaire *Demande ou modification d'assurance facultative* ci-joint.

Oui  Non

### Que faire en cas d'accident?

Conformément à la *Loi*, vous devez présenter un avis à la CSPAAT dans les trois jours qui suivent le moment où vous apprenez qu'un travailleur a subi une lésion ou contracté une maladie professionnelle qui entraîne une invalidité ou qui exige des soins médicaux. Si vous ne vous conformez pas à cette obligation, la CSPAAT peut vous imposer des frais pour déclaration tardive. Cet avis d'accident doit être soumis à la CSPAAT au moyen de l'*Avis de lésion ou de maladie (employeur)* – (formulaire 7).

Pour obtenir plus de précisions au sujet de l'assurance facultative ou de votre compte à la CSPAAT, communiquez avec l'un des bureaux de la CSPAAT énumérés à la page suivante.

### Demande de numéro d'identification à la CSPAAT (à remplir seulement si une assurance facultative n'est pas requise)

Je, \_\_\_\_\_ **ne désire pas** obtenir une assurance facultative présentement. Toutefois, je demande un numéro d'identification à la CSPAAT à titre d'exploitant indépendant sans assurance.

Comme je ne désire pas souscrire une assurance facultative, je reconnais que si je subis une lésion reliée au travail, je n'aurai pas droit à des prestations de la CSPAAT.

Signature du demandeur	Date (jj/mmm/aaaa)
------------------------	--------------------

## Coordonnées

**Heures d'ouverture :**  
7 h 30 à 17 h 00,  
du lundi au vendredi.

Siège social, Simcoe Place  
200, rue Front Ouest  
Toronto ON M5V 3J1

**Téléphone**  
(416) 344-1000  
Sans frais :  
1-800-387-0750

**ATS/téléimprimeur**  
1-800-387-0050

**Télécopieur**  
(416) 344-4684  
Sans frais :  
1-888-313-7373

**Internet**  
Adresse électronique :  
employeraccounts@wsib.on.ca

Site web :  
**www.wsib.on.ca**

<b>Autres services</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Télécopieur</b>
Certificats de décharge	(416) 344-1000 1-800-387-0750	(416) 344-4684 1-888-313-7373
Soutien des services en ligne	(416) 344-4122 1-888-243-1569	

**Inscrivez-vous maintenant pour avoir accès en ligne à une gamme de services de la CSPAAT 24 heures sur 24.**

Il est très facile de s'inscrire à nos services en ligne. Visitez notre site Web, [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca), et ouvrez un compte de services en ligne.

Une fois sur le site Web, vous n'avez qu'à indiquer vos coordonnées, à choisir un code d'utilisateur et à répondre à des questions de sécurité. Vous recevrez un avis automatique de confirmation. Vous pourrez alors en tout temps ouvrir une session et utiliser nos services en ligne pour calculer et soumettre vos primes, déclarer une lésion et suivre la fréquence et le coût de vos demandes de prestations en ligne.

<b>Veillez remplir cette section en entier, à l'exception des cases contenant des renseignements préimprimés.</b>	
Compte n°	Entreprise n°
Date	
Renseignements généraux (416) 344-1000 1-800-387-0750	

Si vous **demandez** une assurance facultative ou **modifier** le montant d'assurance facultative en vigueur, veuillez :

- remplir les sections **A** et **B** (pour les nouvelles demandes) ou **C** (pour les modifications);
- fournir une preuve de gains (voir ci-dessous);
- demander au requérant de passer en revue la *Déclaration relative à l'assurance facultative* (ci-jointe) et de la signer;
- faire remplir et signer l'*Attestation du propriétaire* (ci-jointe).

Les particuliers qui désirent annuler leur assurance facultative doivent remplir la section **D**, ou envoyer une demande écrite au bureau de la CSPAAT de leur région. La CSPAAT accepte les documents suivants comme **preuve de gains**, émis par le propriétaire ou un agent autorisé responsable du compte.

**Pour les dirigeants :**

- les feuillets T4 et T4A ou tout autre document soumis à l'Agence du revenu du Canada (ARC) servant à déclarer les gains.

**Pour les exploitants indépendants, les propriétaires uniques et les associés :**

- les états financiers vérifiés, préparés par un comptable de profession;
- les déclarations de revenus, accompagnés des états des résultats (T1, T2125, T2032, etc.) ou de tout autre document soumis à l'ARC qui sert à déclarer le revenu de l'entreprise à l'ARC.

Si l'entreprise du requérant est en affaires depuis **moins d'un an**, le montant de la protection aux fins des primes et des prestations est établi à 1/3 du plafond des gains assurables.

Si l'entreprise du requérant est en affaires depuis **plus d'un an**, le montant de la protection aux fins des primes et des prestations doit refléter exactement les gains annuels réels du requérant, comme l'indiquent les documents énumérés ci-dessus.

La protection ne sera pas émise si votre entreprise a connu une **perte commerciale nette**.

Les prestations pour perte de gains ne sont pas versées si votre entreprise a connu une **perte commerciale nette**, même si vous souscrivez une assurance facultative.

Si le niveau des gains ne peut pas être prouvé, la CSPAAT peut refuser la demande d'assurance facultative.

En l'absence d'une preuve de gains acceptable, la CSPAAT peut refuser d'approuver la protection (ou de la renouveler) ou encore l'annuler.

Toute modification du montant de l'assurance facultative entrera en vigueur à la date où la CSPAAT recevra la demande dûment signée, accompagnée d'une preuve de gains acceptable.

La CSPAAT peut demander le paiement préalable des primes d'assurance facultative.

Si le requérant touche des prestations dont le montant est inférieur à celui de l'assurance facultative, la CSPAAT ne rajustera pas rétroactivement le montant des primes de l'assurance déjà versées.

Si vous avez des questions ou désirez obtenir des renseignements, appelez la CSPAAT au numéro indiqué au début de ce formulaire.

<b>A. Cette section doit être remplie.</b>					
Prénom		Deuxième prénom		Nom de famille	
Date de naissance (p.ex., 01JAN1994)		Titre/Poste dans l'entreprise			
Adresse domiciliaire (Il faut inscrire l'adresse physique et non un numéro de case postale ni la mention poste restante)				Ville	
Province	Code postal	Indicatif régional	Téléphone	Date d'entrée en affaires (p.ex., 01JAN1994)	
<b>B. Remplir cette section seulement si le requérant demande une nouvelle assurance facultative.</b>					
Montant de protection demandé \$		Date d'aujourd'hui (p.ex., 01JAN1996) jj mmm aaaa		Signature du requérant (obligatoire)	
<b>C. Remplir cette section seulement si le requérant désire modifier le montant de l'assurance facultative en vigueur.</b>					
Montant révisé d'assurance facultative demandé \$		Date d'aujourd'hui (p.ex., 01JAN1996) jj mmm aaaa		Signature du requérant (obligatoire)	
<b>D. Remplir cette section seulement si le requérant désire annuler l'assurance facultative.</b>					
<b>Nom</b>	<b>Date d'aujourd'hui</b>	<b>Signature (obligatoire)</b>	<b>Nom</b>	<b>Date d'aujourd'hui</b>	<b>Signature (obligatoire)</b>

## Déclaration relative à l'assurance facultative

**Veillez lire attentivement les renseignements suivants. Ils expliquent comment le fait de souscrire une assurance facultative modifie votre statut aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (appelé ici la *Loi*).**

### Je comprends que :

1. Les propriétaires, les associés, les dirigeants et les exploitants indépendants n'ont pas automatiquement droit à des prestations aux termes de la *Loi*, à moins d'être assujettis à la protection obligatoire dans l'industrie de la construction.
2. En présentant une demande d'assurance facultative, je demande d'être considéré par la CSPAAT comme un travailleur, car je suis exempté de la protection obligatoire de la CSPAAT.
3. Je dois souscrire une assurance facultative pendant un minimum de trois mois consécutifs.
4. En ayant une assurance facultative, j'ai droit à toutes les prestations pouvant être accordées à un travailleur.
5. Je renonce à mon droit de poursuivre en dommages-intérêts par suite d'une lésion professionnelle tout travailleur ou employeur dont les activités sont couvertes aux termes de l'annexe 1 de la *Loi*.
6. Lors de la demande initiale d'assurance facultative, je dois envoyer à la CSPAAT une preuve de gains.
7. Si mon niveau de gains change, je dois envoyer à la CSPAAT une demande dûment signée accompagnée d'une preuve de gains, pour qu'elle réexamine le montant de l'assurance facultative.
8. Si je ne fournis pas de preuve de gains, la CSPAAT peut refuser ma demande de protection.
9. La CSPAAT peut demander une preuve de gains à n'importe quel moment.
10. La CSPAAT peut rajuster le montant d'assurance facultative demandé.
11. Mon assurance facultative continuera de s'appliquer après la période minimale de trois mois, jusqu'à ce que moi ou la CSPAAT décide de l'annuler.
12. Si je subis une lésion professionnelle, mon assurance facultative demeurera en vigueur, à moins que je n'avise la CSPAAT par écrit que je désire l'annuler ou que je sois devenu assujetti à la protection obligatoire.
13. Si je subis une lésion professionnelle, la CSPAAT comparera les gains que je touchais au moment de la lésion avec le montant de mon assurance facultative. La CSPAAT établira mes prestations en fonction du montant le plus bas entre mes gains et mon assurance facultative.
14. Si je reçois des prestations dont le montant est inférieur à celui de l'assurance facultative, la CSPAAT ne rajustera pas rétroactivement le montant des primes de l'assurance facultative déjà versées.
15. La CSPAAT se réserve le droit d'annuler mon assurance facultative ou de refuser de la renouveler si l'employeur qui paie l'assurance en mon nom a des primes impayées à la CSPAAT ou que celle-ci détermine que je suis assujetti à la protection obligatoire aux termes de la *Loi*. Si des primes demeurent impayées relativement à l'assurance facultative d'un particulier, le montant de ces primes pourrait être déduit de mes prestations.
16. La date d'entrée en vigueur, qu'il s'agisse d'une nouvelle assurance, d'une modification de l'assurance en vigueur ou de son annulation, sera la dernière des deux dates suivantes : la date à laquelle la CSPAAT a reçu le présent formulaire dûment rempli ou la date d'entrée en vigueur demandée.
17. Si la CSPAAT détermine que je suis assujetti à la protection obligatoire, la date d'entrée en vigueur des changements à mon assurance facultative ou son annulation pourrait être rétroactive.

Nom du requérant	Signature du requérant	Date (jj/mmm/aaaa)
------------------	------------------------	--------------------

### Attestation du propriétaire

**J'atteste par la présente que je suis le propriétaire (ou un agent autorisé) responsable de ce compte. J'atteste également que le montant d'assurance facultative demandé correspond exactement aux gains du requérant.**

**Je reconnais que les coûts d'accidents associés à toute lésion reliée au travail que le requérant pourrait subir seront portés au bilan en matière d'accidents de ce compte.**

**Les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*) et pourraient servir à déterminer et à enregistrer votre statut aux fins de la protection ainsi qu'à administrer et à appliquer la *Loi*. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-800-387-0750.**

Nom du propriétaire ou de l'agent autorisé	Titre	
Signature	Téléphone	Date (jj/mmm/aaaa)

### Pour usage interne seulement :

WSIB Representative	Date (dd/mmm/yyyy)	Amount of Coverage \$	Effective Date (dd/mmm/yyyy)
<input type="checkbox"/> Proof of earnings received <input type="checkbox"/> Proof of eligibility received <input type="checkbox"/> Actual earnings used <input type="checkbox"/> 1/3 of maximum insurable earnings used			