

Veuillez remplir cette section en entier, à l'exception des cases contenant des renseignements préimprimés.	
Numéro de compte	Numéro de l'entreprise
Date (jj/mmm/aaaa)	
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 **A** et **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 WSIB de leur région. La WSIB 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 annuel 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 WSIB peut refuser la demande d'assurance facultative.

En l'absence d'une preuve de gains acceptable, la WSIB 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 WSIB recevra la demande dûment signée, accompagnée d'une preuve de gains acceptable.

La WSIB 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 WSIB 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 WSIB au numéro indiqué au début de ce formulaire.

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca.

Section A			
Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	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	Téléphone	Date d'entrée en affaires (jj/mmm/aaaa)

Section B. Remplir cette section seulement si le requérant demande une nouvelle assurance facultative.		
Montant de protection demandé	Date d'aujourd'hui (jj/mmm/aaaa)	Signature du requérant

Section C. Remplir cette section seulement si le requérant désire modifier le montant de l'assurance facultative en vigueur.		
Montant révisé d'assurance facultative demandé	Date d'aujourd'hui (jj/mmm/aaaa)	Signature du requérant

Section D. Remplir cette section seulement si le requérant désire annuler l'assurance facultative.					
Nom	Date d'aujourd'hui	Signature	Nom	Date d'aujourd'hui	Signature

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 WSIB comme un travailleur, car je suis exempté de la protection obligatoire de la WSIB.
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 WSIB une preuve de gains.
7. Si mon niveau de gains change, je dois envoyer à la WSIB 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 WSIB peut refuser ma demande de protection.
9. La WSIB peut demander une preuve de gains à n'importe quel moment.

10. La WSIB 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 WSIB décide de l'annuler.
12. Si je subis une lésion professionnelle, mon assurance facultative demeurera en vigueur, à moins que je n'avise la WSIB par écrit que je désire l'annuler ou que je sois devenu assujéti à la protection obligatoire.
13. Si je subis une lésion professionnelle, la WSIB comparera les gains que je touchais au moment de la lésion avec le montant de mon assurance facultative. La WSIB 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 WSIB ne rajustera pas rétroactivement le montant des primes de l'assurance facultative déjà versées.
15. La WSIB 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 WSIB ou que celle-ci détermine que je suis assujéti à la protection obligatoire aux termes de la *Loi*. Si des primes demeurent impayées relativement à mon assurance facultative, 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 WSIB a reçu le présent formulaire dûment rempli ou la date d'entrée en vigueur demandée.
17. Si la WSIB détermine que je suis assujéti à la protection obligatoire, la date d'entrée en vigueur des changements à mon assurance facultative ou de 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 coverage \$	Effective date (dd/mmm/yyyy)
<input type="checkbox"/> Proof of earnings received	<input type="checkbox"/> Actual earnings used		
<input type="checkbox"/> Proof of eligibility received	<input type="checkbox"/> 1/3 of maximum insurable earnings used		