

Le présent formulaire doit seulement être rempli si le requérant désire obtenir une assurance facultative en vertu de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (la Loi) et doit être conservé par l'employeur. Si le requérant subit un accident, une copie du présent formulaire doit être envoyée avec l'Avis de lésion ou de maladie (employeur) - formulaire 7.

Si vous demandez une assurance facultative, veuillez :

- lire, remplir et signer la section « Déclaration du requérant relative à l'assurance facultative » qui figure ci-dessous;
- faire remplir et signer la section « Attestation de l'entreprise » qui figure ci-dessous.

En l'absence d'un formulaire de consentement signé qui a été rempli avant la date de l'accident, le requérant n'aura pas droit à des prestations.

Déclaration du requérant relative à l'assurance facultative (en caractères d'imprimerie)

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa) (p. ex., 01JAN1994)			Titre		
Nom de l'employeur					
Adresse de l'employeur (Inscrire l'adresse municipale et non un numéro de case postale ni la mention « Poste restante ».)					
Ville		Province		Code postal	Téléphone ()

Veuillez lire attentivement les renseignements suivants. Ils expliquent comment le fait de souscrire une assurance facultative modifie votre statut en vertu de la Loi.

Je reconnais que :

- Les personnes considérées comme dirigeants par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ne sont pas obligatoirement tenus de souscrire une assurance de la CSPAAT. En présentant une demande d'assurance facultative, je choisis d'être considéré comme un travailleur par la CSPAAT.
- Je renonce à mon droit d'intenter une poursuite contre mon employeur couvert en vertu de l'annexe 2 de la Loi ou contre tout dirigeant de mon employeur pour les dommages subis par suite d'une lésion ou d'une maladie professionnelle.
- En ayant une assurance facultative, j'ai droit à toutes les prestations pouvant être accordées à un travailleur ayant subi une lésion ou une maladie indemnifiable. Ces prestations seront calculées en fonction de mes gains au moment de la lésion ou de la maladie et seront assujetties au taux d'indemnisation maximal payable aux termes de la Loi.
- La CSPAAT se réserve le droit de demander une preuve de gains à n'importe quel moment et de rajuster le montant d'assurance demandé.
- Lorsque je demande une assurance facultative, je dois signer le présent formulaire pour confirmer ma demande et, en l'absence d'un formulaire de consentement signé qui a été rempli avant la date de l'accident, je n'aurai pas droit à des prestations.
- La date d'entrée en vigueur de l'assurance facultative correspond à la date à laquelle l'agent autorisé de mon employeur et moi-même avons rempli et le présent formulaire.

Signature du requérant		Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)		Date (jj/mmm/aaaa)	
------------------------	--	-----------------------------------------------	--	--------------------	--

Attestation de l'entreprise

J'atteste par la présente que je suis un agent autorisé employé par cette entreprise.

Je reconnais que les coûts d'accidents associés à toute lésion professionnelle que pourrait subir le requérant susmentionné seront portés au bilan des coûts d'accidents de cette entreprise.

Je conserverai le présent formulaire signé dans mes dossiers et, si jamais le requérant subit un accident, je dois soumettre une copie de ce formulaire avec l'Avis de lésion ou de maladie (employeur) - formulaire 7.

N° d'entreprise

Nom de l'agent autorisé (en caractères d'imprimerie)		Titre (en caractères d'imprimerie)			
Signature		Téléphone ()		Rempli le (jj/mmm/aaaa) :	