

**Remplissez le questionnaire *Détermination du statut de travailleur ou d'exploitant indépendant - Industrie des messageries* si l'un des énoncés suivants s'applique :**

- Vous n'employez aucun travailleur ni à temps plein ni à temps partiel.
- On vous a demandé une preuve que l'entreprise ou les entreprises avec lesquelles vous avez présentement un contrat sont couvertes par une protection de la WSIB.
- Vous êtes une entreprise qui embauche actuellement des entrepreneurs et vous avez besoin d'une détermination de statut de travailleur ou d'exploitant indépendant.
- Vous aimeriez qu'un compte soit établi pour une assurance facultative.

**Que dois-je soumettre à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB)?**

1. Un questionnaire *Détermination du statut de travailleur ou d'exploitant indépendant* dûment rempli et signé par vous (le particulier) et l'entreprise avec laquelle vous avez actuellement un contrat (l'entrepreneur principal)
2. Des copies de trois à cinq factures ou contrats récents pour diverses entreprises qui démontrent que vous travaillez pour plus d'une entreprise
3. Une copie de l'enregistrement de votre entreprise, du certificat d'enregistrement ou des statuts constitutifs
4. Des copies de tout bon de commande récent pour l'achat de matériel que vous fournissez aux termes de ce contrat (p. ex. les fournitures de nettoyage, les outils et les fournitures et l'équipement de bureau)
5. S'il est disponible, le matériel publicitaire comme les cartes professionnelles, les prospectus et les adresses de site Web
6. Le cas échéant, une copie du numéro de TVH

Si vous demandez à souscrire une assurance facultative, veuillez inclure un formulaire *Demande ou modification d'assurance facultative* dûment rempli et une preuve de gains.

Veillez nous envoyer votre questionnaire dûment rempli et les documents à l'appui de l'une des façons suivantes :

**Courriel :** [employeraccounts@wsib.on.ca](mailto:employeraccounts@wsib.on.ca)

**Poste :** 200, rue Front Ouest, Toronto ON M5V 3J1

Si vous avez besoin d'autres renseignements ou d'aide supplémentaire, n'hésitez pas à nous téléphoner au 416-344-1000 ou, sans frais, au 1-800-387-0750, du lundi au vendredi de 7 h 30 à 17 h.

**Rappel :**

- Lorsque vous remplissez le questionnaire, vous êtes considéré comme le particulier et l'entreprise avec laquelle vous avez un contrat est considérée comme l'entrepreneur principal.
- Assurez-vous d'envoyer à la WSIB le questionnaire dûment signé et les documents à l'appui nécessaires.
- Les personnes dont la WSIB a déterminé qu'elles sont des exploitants indépendants peuvent demander à souscrire une assurance facultative.

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca).

**Qui doit remplir le présent questionnaire?**

- Le particulier qui conduit un véhicule pour ramasser et livrer des paquets, des colis ou des lettres
- L'entreprise qui embauche ou ses représentants

**Remarque :** Les messagers qui collectent ou qui livrent à pied ou par bicyclette sont considérés comme des travailleurs et ils ne devraient pas remplir le présent questionnaire.

Après avoir rempli la partie 2 de ce questionnaire, si les réponses indiquent que le particulier est un exploitant indépendant, le particulier et l'entreprise doivent signer la déclaration figurant à la page 2 afin de confirmer que les réponses reflètent fidèlement la relation de travail.

Le particulier et l'entreprise peuvent soumettre leur questionnaire séparément si :

- ils ne sont pas d'accord sur les réponses à certaines ou à toutes les questions.

**Termes clés :**

Les **travailleurs** ont droit aux prestations prévues par la WSIB et leurs employeurs doivent payer des primes à la WSIB.

Les **exploitants indépendants** peuvent choisir de demander la protection en tant que « travailleurs » aux termes de la WSIB. S'ils veulent souscrire une assurance, ils doivent payer leurs propres primes. L'exploitant indépendant peut demander une assurance facultative ainsi que l'établissement de son propre compte à la WSIB.

L'**entreprise** est l'entreprise qui embauche et paie le particulier pour ramasser et livrer les paquets, les colis ou les lettres.

**Partie 1**

Décrire le travail qu'accomplit le particulier.

Indiquez l'équipement et le véhicule que la personne possède, loue ou loue à bail et qui sont nécessaires pour acheminer des paquets, des colis ou des lettres (c'est-à-dire voiture, camionnette, radio bidirectionnelle, téléavertisseur et téléphone cellulaire).

Le particulier embauche-t-il de l'aide?	Oui	Non
---	-----	-----

Le particulier a-t-il présentement un numéro de compte à la WSIB ou en a-t-il déjà eu un?	Oui	Non
---	-----	-----

Si oui, veuillez fournir ce numéro.

**Partie 2**

Les particuliers seront uniquement traités comme des exploitants indépendants aux fins de l'assurance contre les accidents du travail et de la sécurité professionnelle s'ils satisfont à chacun des cinq critères suivants :

1. L'entrepreneur et le particulier déclarent qu'il s'agit d'une relation de contrat de service et non d'une relation d'employeur et d'employé, et le particulier n'utilise pas le nom de l'entrepreneur, sauf pour l'immatriculation ou les exigences légales concernant un véhicule. Une pièce d'identité avec photo pouvant être enlevée est acceptable pour la sécurité.
2. Le particulier paie le véhicule et plus de 50 % des frais de fonctionnement (par exemple, essence, entretien, assurance, licence, téléavertisseur, téléphone cellulaire, contraventions de stationnement et remorquage).
3. L'entreprise ne contrôle pas les activités du particulier sauf pour décider des livraisons et des ramassages qui sont offerts et des instructions de l'expéditeur transmises par l'entreprise.
4. Le particulier est libre d'effectuer les ramassages et les livraisons d'autres parties en tout temps et d'établir son propre horaire de travail.
5. L'entrepreneur principal ne délivre pas d'état T4 au particulier.

Je reconnais/nous reconnaissons que la WSIB se réserve le droit de vérifier si la relation de travail comporte bien toutes les caractéristiques mentionnées ci-dessus. Si la relation de travail ne possède pas toutes ces caractéristiques, la WSIB révoquera sa 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* et pourraient servir à déterminer et à enregistrer votre statut aux fins de la protection ainsi qu'à appliquer et à exécuter la loi. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-800-387-0750.

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

Adresse			
---------	--	--	--

Ville	Province	Code postal	Téléphone
-------	----------	-------------	-----------

Nom de l'entreprise	Nom et signature d'une personne autorisée	Poste	Numéro de compte à la WSIB

**Demande d'assurance facultative (à remplir seulement si une assurance facultative est demandée)**

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

Je, \_\_\_\_\_, demande une assurance facultative en tant qu'exploitante indépendante ou exploitant indépendant pour mon propre compte à la WSIB.

J'ai rempli le formulaire *Demande d'assurance facultative* ci-joint.  Oui  Non

**Demande de numéro d'identification de la WSIB (à remplir seulement si une assurance facultative n'est pas demandée)**

Je, \_\_\_\_\_, ne souhaite **pas** obtenir une assurance facultative en ce moment. J'ai toutefois besoin d'un numéro d'identification de la WSIB en tant qu'exploitante indépendante ou exploitant indépendant sans assurance.

Ayant refusé de souscrire une assurance facultative, je comprends que si une lésion reliée au travail survient, je ne serai admissible à aucune prestation de la WSIB.

Signature de la requérante ou du requérant

Date (jj/mmm/aaaa)