

Veillez remplir cette section en entier, à l'exception des cases contenant des renseignements préimprimés.

Numéro de compte

Numéro d'entreprise

Date

Demande ou modification d'assurance facultative

Pour **demander** une assurance facultative, veuillez remplir les sections **A** et **B**.

Pour **modifier** le montant d'assurance facultative en vigueur, veuillez remplir les sections **A** et **C**.

Veillez aussi :

- fournir une preuve de gains (voir ci-dessous);
- demander à la personne requérante de passer en revue la *Déclaration relative à l'assurance facultative* (ci-jointe) et de la signer;
- faire remplir et signer l'*Attestation de la personne propriétaire* (ci-jointe).

Annulation d'une assurance facultative

Les particulières et particuliers qui souscrivent une assurance facultative et qui désirent l'annuler doivent remplir la section **D**, ou envoyer une demande écrite à la WSIB.

Preuve de gains

Nous acceptons les documents suivants (délivrés par la personne propriétaire ou la personne agente autorisée responsable du compte) comme preuve de gains.

Pour les personnes dirigeantes :

- 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 personnes propriétaires uniques et les personnes associées :

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

Remarque :

- Si l'entreprise à propriétaire unique ou la société en nom collectif est en affaires depuis moins d'un an, le montant de la protection aux fins des primes et des prestations est établi à un tiers du plafond annuel des gains assurables.
- Si l'entreprise de la personne dirigeante est en affaires depuis moins d'un an, le montant de la protection aux fins des primes et des prestations est établi à un tiers du plafond annuel des gains assurables ou au montant indiqué dans le formulaire d'assurance facultative.
- Si l'entreprise de la personne requérante 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 de la personne requérante, comme l'indiquent les documents énumérés ci-dessus.

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

wsib.ca/fr | Poste : 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050

- 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.
- La WSIB peut refuser la demande (ou le renouvellement) d'assurance facultative si la personne requérante ne peut pas prouver son niveau de gains.

Toute nouvelle demande d'assurance facultative ou modification du montant de l'assurance facultative entre en vigueur à la date où nous recevons la demande dûment signée, accompagnée d'une preuve de gains acceptable. Nous demandons le paiement anticipé des primes d'assurance facultative.

Le montant de l'assurance facultative ne sera pas rajusté rétroactivement si la personne requérante reçoit des prestations d'un montant inférieur au montant de l'assurance facultative.

Veillez nous appeler au 1-800-387-0750 si vous avez des questions ou avez besoin d'autres renseignements.

Le présent formulaire se poursuit à la page suivante.

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	Numéro de téléphone	Date d'entrée en affaires (jj/mm/aaaa)

Section B - À remplir pour demander une nouvelle assurance facultative	
Montant de protection demandé	Date d'aujourd'hui (jj/mmm/aaaa)

Section C - À remplir pour demander une modification du montant de l'assurance facultative en vigueur	
Montant révisé d'assurance facultative demandé	Date d'aujourd'hui (jj/mmm/aaaa)

Section D - À remplir pour annuler l'assurance facultative en vigueur	
Nom	Date d'aujourd'hui (jj/mmm/aaaa)

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 en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (LSPAAT)*.

Je comprends que :

1. Les personnes propriétaires, les personnes associées, les personnes dirigeantes et les personnes exploitantes indépendantes n'ont pas automatiquement droit à des prestations en vertu de la LSPAAT, à moins qu'elles ne soient incluses dans la protection obligatoire élargie dans le secteur de la construction.
2. En présentant une demande d'assurance facultative, je demande d'être considéré(e) par la WSIB comme une travailleuse ou un travailleur, car je suis exempté(e) 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 une travailleuse ou un travailleur.
5. Je renonce à mon droit de poursuivre en dommages-intérêts par suite d'une lésion professionnelle toute travailleuse ou tout travailleur ou encore toute entreprise dont les activités sont couvertes aux termes de l'annexe 1 de la LSPAAT.
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 jusqu'à ce que j'informe la WSIB, par écrit, que je souhaite l'annuler ou que ma protection, d'après mon statut, est devenue 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'entreprise qui la paie a des montants dus ou si la WSIB détermine que ma protection est obligatoire aux termes de la LSPAAT. 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 formulaire *Demande ou modification d'assurance facultative* dûment rempli ou la date d'entrée en vigueur demandée.
17. Si la WSIB détermine que ma protection est obligatoire, la date d'entrée en vigueur des modifications ou de l'annulation de mon assurance facultative peut être rétroactive.

Nom de la personne requérante	Signature de la personne requérante	Date (jj/mmm/aaaa)
-------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Attestation de la personne propriétaire

J'atteste par la présente que je suis la ou le propriétaire (ou une personne agente autorisée) responsable de ce compte. J'atteste également que le montant d'assurance facultative demandé correspond exactement aux gains de la personne requérante.

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

Les renseignements personnels figurant dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la LSPAAT et pourraient servir à déterminer et à enregistrer votre statut aux fins de la protection ainsi qu'à appliquer et à exécuter la LSPAAT. Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-800-387-0750.

Nom de la personne propriétaire ou de la personne agente autorisée	Titre	
Signature	Numéro de téléphone	Formulaire rempli le (jj/mmm/aaaa)