



Envoyer au :
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

Demande ou modification d'assurance facultative

Veillez remplir cette section.	
N° de compte	N° d'entreprise
Renseignements généraux (416) 344-1000 1-800-387-0080	

Si vous désirez **obtenir** 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 souscrivent une assurance facultative et qui désirent l'annuler, 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, accompagnées des états de résultats (T1, T2124, T2032, etc.) ou de tout autre document soumis à l'ARC qui sert à déclarer le revenu de l'entreprise.
- 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 avez besoin de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre représentant de compte de la CSPAAT. Si vous ne connaissez pas son numéro de téléphone, appelez la CSPAAT au numéro indiqué au début du présent formulaire.

A. Vous devez remplir cette section.					
Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Titre/Poste dans l'entreprise			
Adresse domiciliaire (Il faut inscrire l'adresse municipale 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)	

B. Remplir cette section seulement si le requérant demande une nouvelle assurance facultative.			
Montant d'assurance demandé	\$	Date courante (jj/mmm/aaaa)	Signature du requérant (obligatoire)

C. Remplir cette section seulement si le requérant désire modifier le montant d'assurance facultative en vigueur.			
Montant révisé d'assurance facultative	\$	Date courante (jj/mmm/aaaa)	Signature du requérant (obligatoire)

D. Remplir cette section seulement si le requérant désire annuler l'assurance facultative.					
Nom	Date courante	Signature (obligatoire)	Nom	Date courante	Signature (obligatoire)

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 (la Loi).

Je reconnais que :

1. Les propriétaires, les associés, les dirigeants et les exploitants indépendants n'ont pas automatiquement droit à des prestations en vertu de la Loi.
2. En présentant une demande d'assurance facultative, je demande d'être considéré par la CSPAAT comme un travailleur.
3. Je dois souscrire une assurance facultative pendant un minimum de trois (3) mois consécutifs.
4. En ayant une assurance facultative, j'ai le droit de demander des prestations.
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. Au moment de ma 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 acceptable, 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 décidions de l'annuler.
12. Si je subis une lésion professionnelle, mon assurance facultative demeurera en vigueur, à moins que je ne fasse parvenir un avis dûment signé à la CSPAAT l'autorisant à l'annuler.
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. Elle 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 de refuser d'émettre l'assurance facultative, de l'annuler ou de refuser de la renouveler si l'employeur qui paie l'assurance en mon nom a des primes impayées à la CSPAAT. 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 ce formulaire dûment rempli ou la date d'entrée en vigueur demandée.

Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)	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 associés à toute lésion reliée au travail ou maladie professionnelle dont le requérant pourrait être atteint seront portés au bilan en matière d'accidents de ce compte.

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu 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 appliquer et à exécuter la Loi. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre représentant de compte de la CSPAAT au (416) 344-1000 ou au 1-800-387-0080.

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

Pour usage interne seulement :

WSIB Representative	Date	Amount of Insurance \$	Effective Date
---------------------	------	---------------------------	----------------

- Proof of earnings received
- Proof of eligibility received
- Actual earnings used
- 1/3 of maximum insurable earnings used