

## Employer by Application

### Please only use this form if:

- WSIB coverage isn't required for your business, but you wish to
- apply to have WSIB coverage for your workers  
You have already provided your registration details to the WSIB, and we have confirmed that you are eligible for by-application coverage.
- If you haven't provided your registration details yet, you'll need to do so before filling out this form. You can do this online using our eRegistration service, or you can call us at 416-344-1000 or toll-free 1-800-387-0750 (TTY: 1-800-387-0050).

## Demande de protection de l'employeur

### Veillez utiliser le présent formulaire seulement dans les cas suivants :

- la protection de la CSPAAT n'est pas obligatoire pour votre entreprise, mais vous voulez demander une protection pour vos travailleurs;
- vous avez déjà fourni vos renseignements sur l'inscription à la CSPAAT, et nous avons confirmé votre admissibilité à la protection sur demande;
  - si vous n'avez pas encore fourni vos renseignements sur l'inscription, vous devez le faire avant de remplir le présent formulaire. Vous pouvez faire cela électroniquement au moyen de notre service Inscription en ligne, ou encore, en nous appelant au 416-344-1000 ou, sans frais, au 1-800-387-0750 (ATS : 1-800-387-0050).

**Employer by Application**  
**Demande de protection de l'employeur**  
**ENTERTAINMENT INDUSTRY**  
**INDUSTRIE DU SPECTACLE**

Account Number/ N° de compte

**Objective/Objectif :**

**To bring operations under Schedule 1 of the Workplace Safety and Insurance Act (the Act)**  
**Faire en sorte que les activités commerciales de l'employeur soient couvertes à l'annexe 1 de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (la Loi)**

The person signing below is applying to the Workplace Safety and Insurance Board (WSIB), under Section 74 of the Act, to have:

*Par la présente, le(la) soussigné(e) demande à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), en vertu de l'article 74 de la Loi, que les activités commerciales suivantes :*

(Name of operation and description/ Nom et description des activités commerciales)

being carried on at  
exercées à

(Address; if at various points in the province, please specify "anywhere in Ontario"/  
Adresse; si les activités sont exercées à divers endroits dans la province, inscrire "partout en Ontario")

added to Schedule 1 of the Act.  
soient ajoutées à l'annexe 1 de la Loi.

Dated \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Daté le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

I understand that, by acquiring voluntary coverage, the employer's legal rights and liabilities concerning a work-related accident or occupational disease will change.

*Le soussigné convient que les droits et les responsabilités reconnus par la Loi et qui incombent à l'employeur relativement à un accident relié au travail ou à une maladie professionnelle changent lorsqu'il souscrit une protection volontaire.*

(Legal Name of Employer, and address:/ Raison sociale de l'entreprise et adresse de l'employeur : )

**The following declaration must be completed before WSIB insurance coverage is in effect for your company.**

Please note: stuntpeople and actors who perform their own stunts are NOT eligible for WSIB insurance coverage.

I opt to **exclude ALL** actors and performers from WSIB insurance coverage.  yes  no

**La déclaration suivante doit être remplie avant que la protection de la CSPAAT demandée par votre entreprise soit en vigueur.**

*Prenez note : Les cascadeurs et les acteurs qui exécutent leurs propres cascades NE SONT PAS admissibles à la protection de la CSPAAT.*

*Je choisis d'exclure TOUS les acteurs et les artistes de la protection de la CSPAAT.*  oui  non

(Signature of Employer or Authorized Officer/  
Signature de l'employeur ou d'un agent autorisé)

(Title/ Titre )

Acceptance of this application is conditional on the company agreeing to adhere to the WSIB's policies and all requirements of the Act and its Regulations.

*L'acceptation de la présente demande suppose que l'employeur convient de respecter les politiques de la CSPAAT et les exigences de la Loi et de ses règlements.*

**Space below for WSIB use only/ Section réservée à la CSPAAT**

Date from which coverage applies / L'assurance s'applique à partir du :

Classification Unit / Unité de classification	Received by / Reçu par	Date
Rate group number / Numéro de groupe de taux	Agreed / Approuvé par	Date