

Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

Date d'échéance

Date d'émission

Brouillon
(Pour vos dossiers)

Page

| | |
|---|---------------------|
| Numéro de compte | Numéro d'entreprise |
| Période de rapprochement - | |
| Renseignements généraux 416-344-1000 1-800-387-0750 | |
| Taux d'intérêt de la WSIB Annuel - % | |

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE À L'ENCRE NOIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Section A - Calcul du total des gains assurables

REMARQUE :
N'écrivez pas sur les données préimprimées. Seul l'original doit être rempli et retourné dans l'enveloppe-réponse.

Gains bruts avant déductions

| | | |
|----------|--|--|
| 1 | Total des gains selon le T4 Sommaire | |
| 2 | Autres gains non indiqués sur le T4 Sommaire | |
| 3 | Gains des entrepreneurs | |
| 4 | Corps auxiliaires (remplir l'annexe ci-jointe) | |
| 5 | Assurance facultative (voir document 1) | |
| 6 | Total des gains bruts avant déductions | |

→

Déductions des gains bruts

| | | |
|-----------|-----------------------------|--|
| 7 | Gains bruts non assurables | |
| 8 | Gains des dirigeants | |
| 9 | Gains excédentaires | |
| 10 | Total des déductions | |

→

11 Total des gains assurables (case 6 moins case 10)

→

Section B - Répartition du total des gains assurables selon la classification

Vous devez remplir la section B.

Si votre entreprise ne relève pas de la ou des classifications mentionnées ci-dessous, veuillez en informer le Centre des services à employeraccounts@wsib.on.ca.

| Périod de déclaration | | Classification | | | (A) | (B) | (C) |
|-----------------------|-----|----------------|---------------------------|------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|
| Début | Fin | Code du SCIAN | Catégorie/ sous-catégorie | Description du code du SCIAN | Gains directs | Gains communs | Gains assurables = (A) + (B) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Section C - Calcul des primes

| Périod de déclaration | | Classification | | Description du code du SCIAN | (C) Gains assurables de la Section B | (D) Taux par tranche de 100 \$ | Primes (C) X (D) ÷ 100 |
|-----------------------|-----|----------------|---------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|
| Début | Fin | Code du SCIAN | Catégorie/ sous-catégorie | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

12 Total des gains assurables (égal au montant de la case 11) **Total des primes** **13**
(si moins de 100 \$, entrer 100 \$)

Total des primes déclarées (montant des primes déjà déclarées pour cette période de rapprochement.) **14**

Le montant de la rubrique 14 correspond-il à celui de vos dossiers?
 • S'ils ne correspondent pas, il est possible que les renseignements que vous nous avez fournis pour votre période de déclaration la plus récente ne figurent pas encore dans nos dossiers. Le montant inscrit est celui du total des primes **déclarées** au cours de l'année et ne correspond pas aux primes réellement **payées**.

Différence après rapprochement (Case 13 moins case 14) **15**

16 **Crédit porté au compte**

 Si le montant de la case 15 est négatif, l'entrer ici.

17 **Montant dû**

 Si le montant de la case 15 est positif, l'entrer ici.

Veillez envoyer votre paiement avec le présent formulaire. Votre paiement ne peut pas être effectué dans un établissement financier.

18 **Montant payé**

Section D - Attestation :

J'atteste par la présente que je suis le propriétaire (ou un agent autorisé) responsable de ce compte et que, au mieux de ma connaissance, les renseignements figurant dans le présent formulaire et tout document à l'appui sont véridiques et exacts.

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------|-----------|--------------------|-------------|
| Numéro de compte | | Raison sociale de l'entreprise | | | |
| Nom (en caractères d'imprimerie) | | Titre | | Date (jj/mmm/aaaa) | |
| Signature | | | Téléphone | | Télécopieur |

Remarque :

Si le présent formulaire parvient à la WSIB après la date d'échéance, la WSIB établira une prime pour la période de rapprochement et imposera des frais correspondant à 1 % du montant de cette prime (jusqu'à un maximum de 1 000 \$) pour chaque mois de retard.

Les employeurs doivent tenir des registres exacts de tous les gains et de toutes les déductions déclarés dans le présent formulaire. La WSIB doit pouvoir en vérifier l'exactitude lors d'un examen des registres de l'employeur.

Tout employeur qui ne tient pas des registres appropriés ou qui produit un formulaire contenant des données inexactes peut être passible d'une pénalité ou d'une poursuite.