

Le présent formulaire doit seulement être rempli si la personne requérante demande à souscrire une assurance facultative en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*). Ce formulaire doit être conservé par l'employeur. Si un accident qui concerne la personne requérante survient, une copie du présent formulaire doit être soumise avec l'*Avis de lésion ou de maladie (employeur)* (formulaire 7).

Si vous demandez à souscrire une assurance facultative, veuillez :

- examiner et signer la Déclaration relative à l'assurance facultative de la personne requérante (voir ci-dessous);
- faire remplir et signer l'Attestation de l'entreprise (voir ci-dessous).

**En l'absence d'un formulaire de consentement signé avant la date de l'accident, les prestations ne seront pas accordées à la personne requérante.**

Déclaration relative à l'assurance facultative de la personne requérante			
Prénom		Deuxième prénom	Nom de famille
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Titre		Nom de l'employeur
Adresse de l'employeur (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

Veillez lire attentivement les renseignements suivants. Ils expliquent comment le fait de souscrire une assurance facultative modifie votre statut en vertu de la *Loi*.

**Je comprends que :**

- l'assurance de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) n'est pas obligatoire pour les personnes que la WSIB considère comme des personnes dirigeantes. En demandant à souscrire une assurance facultative, je demande volontairement que la WSIB me considère comme une personne requérante.
- Je renonce à mon droit de poursuivre mon employeur relevant de l'annexe 2 ou toute personne dirigeante de celui-ci pour les dommages-intérêts subis lors d'une lésion ou maladie professionnelle.
- En souscrivant une assurance facultative, j'ai droit à toutes les prestations pouvant être accordées à une personne requérante en cas de lésion ou de maladie indemnisable, et ces prestations seront en fonction de mes gains au moment de la lésion ou de la maladie, sous réserve du taux maximal payable en vertu de la *Loi*.
- La WSIB se réserve le droit de demander une preuve de mes gains à tout moment et d'ajuster le montant d'assurance demandé.
- En demandant à souscrire l'assurance, je dois l'établir en signant le présent formulaire, et en l'absence d'un formulaire de consentement signé avant la date de l'accident, les prestations ne me seront pas accordées.
- La date d'entrée en vigueur de l'assurance facultative est la date à laquelle l'agente ou l'agent autorisé de mon employeur et moi remplissons le présent formulaire.

Signature de la personne requérante	Nom de la personne requérante	Date (jj/mmm/aaaa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		

Attestation de l'entreprise			
J'atteste par la présente que je suis l'agente ou l'agent autorisé de cette entreprise.			
Je reconnais que les coûts d'accidents associés à toute lésion reliée au travail que la personne requérante mentionnée ci-dessus pourrait subir seront portés aux résultats en matière d'accidents de cette entreprise.			
Je conserverai le présent formulaire signé dans mes dossiers, et si un accident qui concerne la personne requérante survient, une copie du présent formulaire devra être soumise avec l' <i>Avis de lésion ou de maladie (employeur)</i> (formulaire 7).			
Numéro d'entreprise	Nom de l'agente ou de l'agent autorisé		Titre
Signature		Numéro de téléphone	Date (jj/mmm/aaaa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.			

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