

Numéro de compte	Numéro d'entreprise
------------------	---------------------

Tout renseignement est strictement confidentiel.

Date d'émission

Adresse postale	
Ville	
Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur
Site Web	
Adresse électronique	

**Section A : Devriez-vous vous inscrire?**

Employez-vous actuellement ou prévoyez-vous employer des travailleurs, ou des entrepreneurs ou sous-traitants considérés par la CSPAAAT comme vos travailleurs?

Oui  Non

Si vous avez répondu « oui », combien de travailleurs employez-vous? \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu « non », un compte peut quand même être établi si vous désirez souscrire une assurance facultative. Si vous ne désirez pas souscrire une assurance facultative, ne remplissez pas ce formulaire.

Employeurs de domestiques : Si vous employez un domestique plus de 24 heures par semaine, remplissez ce formulaire.

**Section B : Inscription antérieure**

Les propriétaires, associés ou dirigeants ont-ils, ou ont-ils déjà eu, un compte à la CSPAAAT?

Oui  Non

Si vous avez répondu « non », passez à la section C.

Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir les renseignements suivants au sujet du compte. S'il y a plusieurs comptes, veuillez utiliser la page 3.

Raison sociale		Adresse			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone	N° de compte à la CSPAAAT	

**Section C : Identification de l'employeur**

Remplissez cette section en entier. Vous devez joindre une copie des documents déposés auprès du ministère de la Consommation et du Commerce, ou tout autre document justificatif.

Raison sociale

Cochez la case qui correspond à la forme juridique de votre entreprise.	<input type="checkbox"/> Propriétaire unique	<input type="checkbox"/> Société en nom collectif	<input type="checkbox"/> Personne morale	<input type="checkbox"/> Autre	Langue de préférence
					<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

Nom(s) commercial(ciaux)

N° de l'ADRC (Revenu Canada)	Nom de l'établissement financier	Succursale
------------------------------	----------------------------------	------------

**Section D : Adresse(s)**

Lieu de travail

Indiquez l'adresse de l'emplacement physique où l'employeur exerce ses activités commerciales (ne pas indiquer un numéro de case postale ou la mention « poste restante »). S'il y a plus d'un lieu de travail, veuillez utiliser la page 3.

Adresse					
Code postal	Ind. régional	N° de téléphone	Ind. régional	N° de télécopieur	Adresse électronique (si différente)

Adresse des registres des salaires

Ne remplissez cette section que si l'adresse des registres des salaires diffère de l'adresse du lieu de travail.

Adresse					
Code postal	Ind. régional	N° de téléphone	Ind. régional	N° de télécopieur	Adresse électronique (si différente)

## Section E : Activités commerciales

Décrivez vos activités commerciales, la machinerie ou l'équipement utilisés et les matériaux contenus dans votre produit.

Description des activités commerciales	Dates (Ex. : 01 JAN 1996) (comprend le travail des travailleurs et des entrepreneurs)	Gains assurables estimatifs pour l'année civile en cours	Réservé à la CSPAAT
	Date à laquelle vous avez commencé à employer des travailleurs j j m m m a a a a		
	Date à laquelle vous avez commencé à employer des travailleurs j j m m m a a a a		
	Date à laquelle vous avez commencé à employer des travailleurs j j m m m a a a a		

S'il y a plus de trois activités commerciales, veuillez utiliser la page 3.

S'il y a plus d'une activité commerciale, tenez-vous  
des registres des salaires distincts pour chacune d'elle?

Oui  Non

Indiquez le nom commercial et les activités commerciales de trois concurrents.

Nom commercial	Activité commerciale

## Section F : Renseignements sur le propriétaire ou le dirigeant

Veuillez fournir les précisions suivantes au sujet du propriétaire, de l'associé directeur général ou du directeur général.

Prénom	Second prénom	Nom de famille	
Date de naissance (Ex. 01 JAN 1955)	Titre		
Adresse domiciliaire (Il faut inscrire l'adresse physique et non un numéro de case postale ou la mention « poste restante ».)			
Ville	Province	Code postal	Ind. régional N° de téléphone

Si l'employeur a plus d'un associé ou d'un dirigeant, veuillez utiliser la page 3.

Les renseignements personnels figurant sur le présent 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 composer le 1-800-387-8638.

## Section G : Employeurs associés

L'employeur est-il associé à d'autres employeurs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous avez répondu « oui », l'employeur entretient-il des relations d'affaires avec le(s) employeur(s) associé(s)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu « oui » à ces deux questions, inscrivez le nom et l'adresse de l'employeur associé. S'il y a plus d'un employeur, veuillez utiliser la page 3.	Raison sociale			
Adresse	Ville	Province	Code postal	N° de compte

## Section H : Attestation

J'atteste par la présente que je suis l'employeur (ou l'agent autorisé) chargé du paiement des primes à la CSPAAT pour ce compte (et pour tout autre compte qui y est lié) pour lequel la personne ou l'entité indiquée dans la case « raison sociale » à la section C est légalement responsable.

Au mieux de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce formulaire et dans tout document qui y est annexé sont véridiques et exacts.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	
Signature	Ind. régional N° de téléphone	Rempli le (Ex. 01 JAN 1996) j j m m m a a a a

Réservé à la CSPAAT	Letters/Forms Issued	WSIB Representative	Signature
---------------------	----------------------	---------------------	-----------

**Tout renseignement est strictement confidentiel.**

---

Raison sociale

---