



Formulaire de demande de couverture facultative pour les entreprises à propriétaire unique, les associés d'une société de personnes ou les employeurs non constitués

401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 Tél. : 867-667-5645 (sans frais : 1-800-661-0443); téléc. : 867-393-6279; site Web : www.wcb.yk.ca

Nom : _____ Employeur¹ n° : _____

Je comprends et je reconnais que, dans l'éventualité d'une réclamation pour pertes d'heures de travail en raison d'une incapacité liée au travail, les prestations pour perte de revenus d'emploi seront payées à raison de 75 % des gains réels confirmés. Ceux-ci, conformément à la police, seront fondés sur le moindre des montants de la couverture souscrite et en vigueur au moment de la blessure ou des gains réels confirmés, jusqu'à concurrence du taux de salaire maximal, tel qu'il est établi par la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon (CSSTY) pour l'année de la garantie. S'il y a d'autres sources de revenu non exempté provenant d'un cumul d'emplois, ils seront pris en compte dans le calcul de la couverture facultative ayant trait à la protection des salaires.

Veillez apposer vos initiales pour confirmer que vous avez lu ce qui précède.

- Ce formulaire de demande doit être rempli et signé par l'employeur ou son mandataire.
- La couverture entrera en vigueur à compter de la date d'approbation par la CSSTY du formulaire de demande signé.
- La couverture désirée faisant l'objet de la présente demande est fondée sur une estimation des gains réels confirmés, jusqu'à concurrence du taux de salaire maximal pour l'année en cours.
- Si une réclamation pour pertes d'heures de travail est présentée par suite d'une invalidité liée au travail, une preuve de salaire devra être fournie à la CSSTY sous forme d'un état financier vérifié par un comptable accrédité, un formulaire de déclaration de revenu soumis à l'Agence du revenu du Canada ou sous toute autre forme déterminée par la CSSTY.
- Vous pouvez souscrire une couverture pour une durée de moins d'une année et celle-ci doit être renouvelée à la fin de chaque année civile. Si vous travaillez à l'année, votre champ d'application des indemnités doit être renouvelé avant la fin de chaque année civile.
- L'estimation de la prime minimale en ce qui a trait à la couverture facultative de chaque personne, sans égard à la durée de la couverture, est de 150 \$.
- Chaque fois qu'une entreprise démarre au cours d'une année civile, des frais de 150 \$ s'appliquent.

1. Souscripteur de la couverture facultative : _____
(nom en lettres détachées)

Couverture désirée : _____ (couverture maximale : 77 920 \$)

Période débutant le : _____ et se terminant le : _____
Année/Mois/Jour Année/Mois/Jour

Signature de la personne couverte en vertu de la police d'assurance

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Moi, _____, j'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire
(nom en lettres détachées)
sont, à ma connaissance, exacts et complets, et j'accepte les conditions de la couverture facultative.

Signature – Employeur ou mandataire

Année/Mois/Jour

**Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec notre bureau, du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h.
Voici nos coordonnées :**

Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon

401, rue Strickland
Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8
Téléphone : 867-667-5095
Sans frais : 1-800-661-0443
Télécopieur : 867-393-6279

Courriel : wchsbassessments@gov.yk.ca

Les renseignements ont été recueillis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* aux fins de l'administration de l'indemnité du travailleur. En vertu de la *Loi sur Les accidents du travail*, fournir sciemment des renseignements faux ou trompeurs à la Commission constitue une infraction.