Workers' Safety and Compensation Board Yukon

Demande de couverture facultative - Proprietors - Partners

PRINTED: 14-10-2026

Si cette demande est approuvée par la Commission, les modalités suivantes s'appliquent:

Le montant de la couverture doit refléter au plus près votre rémunération actuelle et ne peut dépasser le salaire annuel maximal de l'année en cours

Dans le cas d'une lésion, la Commission peut exiger une preuve de revenu.

La couverture doit être d'une durée minimale de 30 jours et ne peut s'étendre au-delà du 31 décembre de l'année en cours.

La couverture n'entre en vigueur qu'une fois acceptée par la Commission.

La couverture expire le 31 décembre, ou à une date antérieure selon l'entente, et doit être renouvelée annuellement.

La prime minimale est de 150 $.

Si une lésion liée au travail survient, une personne couverte par une couverture optionnelle peut présenter une demande d'indemnisation et être admissible à une indemnité. Si la demande est acceptée, les indemnités seront calculées en conformité avec la politique 3.1 Prestations pour perte de gains.

La Commission peut annuler la couverture si le compte n'est pas en règle, si elle a reçu des renseignements faux ou trompeurs ou si elle n'a pas reçu les renseignements exigés.

Si cette demande est acceptée, vous devrez remplir une demande d'inscription.

Si cette demande est rejetée, vous serez avisé des motifs du rejet par écrit.

Si la demande est acceptée, les personnes couvertes seront considérées comme des membres du personnel du demandeur et le demandeur sera considéré comme l'employeur des personnes couvertes en vertu de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs.

Renseignements sur l'employeur

* Nom légal

Nom commercial

Numéro de client

12345–12345 (5 chiffres – 5 chiffres)

* Numéro

Rue

*Ville/Localité

*Province/Territoire

*Code postal

*Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

Autre téléphone (ex: (999) 999-9999)

*Courriel

Renseignements sur l'employé(e)

*Prénom

Second prénom

*Nom de famille

*Numéro

*Rue

Case postale

*Ville/Localité

PRINTED: 14-10-2026

*Province/Territoire

*Pays

*Code postal

Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

Autre téléphone (ex: (999) 999-9999)

Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

Précisions sur la couverture

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 104975 $ en 2025 ou 107599 $ en 2026). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

*Date de début de la couverture (DD/MM/YYYY)

/ /

Sélectionnez la date d'aujourd'hui ou une date ultérieure. La couverture n'est active qu'à partir de son approbation par la Commission et n'est pas rétroactive.

*Date de fin de la couverture (DD/MM/YYYY)

/ /

La couverture doit être d'une durée minimale de 30 jours, mais la date ne doit pas dépasser le 31 décembre de l'année en cours.

Signature, consentement et déclaration

Les renseignements fournis sont recueillis aux fins de l'application de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs en conformité avec la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Pour toute question relative à la collecte de ces renseignements, veuillez contacter l'agent de la protection de la vie privée au 401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8, ou téléphonez au 867-667-5642 ou au 1-800-661-0443.

En cochant cette case, je déclare que les renseignements fournis sont vrais et exacts. Je reconnais que la communication électronique comporte des risques de sécurité, comme toute autre forme de communication. En dépit des risques inhérents à la communication électronique, je consens à l'utilisation de moyens électroniques pour transmettre et recevoir des renseignements, y compris des renseignements confidentiels et personnels entre la Commission et moi. Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Commission reçoive, par écrit, une demande de révocation.

*Je m'appelle

Mon adresse courriel est (ex: you@wcb.yk.ca)