

PRINTED: 14-10-2026

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

La personne présentant la demande doit être inscrite comme employeur en vertu de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs.

Bénévoles : Le montant de la couverture pour chaque personne doit correspondre à la moitié du revenu annuel maximal pour l'année en cours (le montant de la couverture ne peut dépasser ce montant).

Représentants élus ou désignés : Le montant de la couverture doit refléter au plus près la rémunération actuelle de la personne et ne peut dépasser le salaire annuel maximal de l'année en cours.

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 en vertu d'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.

Il incombe à l'employeur d'informer les personnes concernées de la couverture acceptée par la présente demande.

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)

PRINTED: 14-10-2026

* Numéro

* Rue

Case postale

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Pays

* Code postal

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

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

Autre téléphone (ex: (999) 999-9999)

Précisions sur la couverture

* J'achète une couverture pour

Représentants élus ou désignés d'une Première Nation

Bénévoles

Combien de membres du personnel désirez-vous inscrire?

La couverture pour chaque bénévole correspond à la moitié du revenu annuel maximal pour l'année à laquelle la couverture est achetée.

Travailleur/travailleuse 1

Prénom de la personne visée par la couverture facultative :

PRINTED: 14-10-2026

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

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.

Travailleur/travailleuse: 2

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 3

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

PRINTED: 14-10-2026

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 4

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 5

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

PRINTED: 14-10-2026

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 6

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 7

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

PRINTED: 14-10-2026

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 8

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Travailleur/travailleuse 9

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

PRINTED: 14-10-2026

Travailleur/travailleuse 10

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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.

Montant de la couverture

Couverture désirée (ne doit pas excéder le gain annuel de 102017 \$ en 2024 ou 98 093 \$ en 2023). Inscrire seulement la valeur numérique (sans symbole), ex. 91500.

Combien de bénévoles désirez-vous inscrire

*Si vous voulez inscrire plus de dix personnes, il vous faudra remplir plus d'une demande.**La couverture pour chaque bénévole correspond à la moitié du revenu annuel maximal pour l'année à laquelle la couverture est achetée.*

Bénévole 1

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 2

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

PRINTED: 14-10-2026

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 3

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 4

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 5

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

PRINTED: 14-10-2026

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

/

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 6

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 7

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Last Name of person you are applying for optional coverage for

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

/

/

*coverage.startdate.helper.fr**coverage.enddate* (DD/MM/YYYY)

/

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 8

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

PRINTED: 14-10-2026

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 9

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

coverage.enddate.helper.fr

Bénévole 10

Prénom de la personne visée par la couverture facultative

Nom de famille de la personne visée par la couverture facultative

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

/

coverage.startdate.helper.fr

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

/

*coverage.enddate.helper.fr***Signature, consentement, déclaration**

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.