

Pour souscrire une protection personnelle ou pour modifier une protection personnelle en vigueur ou y mettre fin, veuillez remplir ce formulaire, le signer et nous le transmettre par messagerie sécurisée si vous êtes inscrit à l'un de nos espaces sécurisés, par télécopieur au **1 866 331-5886**, ou par la poste à l'adresse suivante :

CNESST
Direction de la cotisation des employeurs
C. P. 2000, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 0H7

À noter

Si vous souscrivez une protection personnelle et que votre demande est acceptée, vous recevrez un *Avis de cotisation* sur lequel la prime relative à cette protection aura été facturée.

Pour plus de renseignements, communiquez avec nous au **1 844 838-0808** ou consultez notre **site Web**.

Nom de l'entreprise ou de la personne qui souscrit une ou des protections personnelles	Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) ou Numéro d'employeur - Santé et sécurité du travail
Adresse	

Personnes pour lesquelles vous voulez souscrire ou modifier une protection personnelle									
Nom	Prénom	Titre*	Protection demandée Minimum 31 900 \$ Maximum 91 000 \$	Date d'entrée en vigueur			Revalorisation**		
				Année	Mois	Jour	Oui	Non	

Si votre demande est acceptée, elle prendra effet à la date où nous recevons le formulaire ou à une date ultérieure que vous devez nous indiquer. Cette protection se renouvellera automatiquement.

Pour toute nouvelle demande de protection personnelle ou pour une augmentation du montant de la protection, **veuillez fournir une preuve de capacité de gain**. Il peut s'agir du relevé 1 de Revenu Québec, du feuillet T4 de l'Agence du revenu du Canada, de vos états financiers ou de tout autre document pertinent. Veuillez masquer, s'il y a lieu, le numéro d'assurance sociale et l'adresse de la personne afin d'en préserver la confidentialité.

*** Codes de titre**

AS : Associé **DI** : Dirigeant (incluant le dirigeant syndical à temps plein) **DO** : Travailleur domestique **MA** : Maire **MC** : Membre du conseil d'administration seulement, du conseil municipal (autre que le maire), du conseil d'une MRC, commissaire d'une commission scolaire **PU** : Propriétaire unique **S1** : Dirigeant syndical (50 membres et moins) **S2** : Dirigeant syndical (51 à 125 membres) **S3** : Dirigeant syndical (126 à 200 membres) **S4** : Dirigeant syndical (201 membres ou +) **TA** : Travailleur autonome

**** Revalorisation**

Lorsqu'une demande de revalorisation est acceptée, le montant de protection accordé à la personne visée est automatiquement fixé au maximum annuel assurable le 1^{er} janvier de chaque année. Une demande de revalorisation ne peut être acceptée que si la protection personnelle souscrite est d'un montant équivalant au maximum annuel assurable de 91 000 \$.

Personnes pour lesquelles vous voulez mettre fin à une protection personnelle					
Nom	Prénom	Arrêt	Date de l'arrêt		
			Année	Mois	Jour

Pour mettre fin à une protection personnelle, veuillez cocher la case « Arrêt ». La protection personnelle prendra fin dès la réception du formulaire ou à une date ultérieure que vous devez indiquer.

Je certifie que cette déclaration est exacte.

_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Téléphone	Poste	Télécopieur
_____	_____	_____	_____	_____
Signature	Fonction	Date	Année	Mois