

**Demande de regroupement – Désignation de l'employeur
(choix de limite) – Autorisation de l'employeur (personne
à contacter en matière de tarification rétrospective)**
**Employeurs formant un groupe
Ajustement rétrospectif 2021**

Important	<p>Ce formulaire sert à faire une demande de regroupement, à désigner l'employeur chargé de communiquer le choix de limite et, s'il s'agit d'une première demande de regroupement, à autoriser l'employeur chargé de désigner la personne à contacter en matière de tarification rétrospective. Ce formulaire doit parvenir à la CNESST avant le 1^{er} octobre 2020 et être accompagné des résolutions ou des documents faisant foi de l'autorité des signataires en la matière ou les deux.</p> <p>C'est la responsabilité du groupe d'employeurs d'aviser la CNESST de tout changement concernant un sujet visé par le présent formulaire. La CNESST se dégage de toute responsabilité à cet égard.</p>
------------------	---

1. Demande de regroupement

Les employeurs mentionnés à la section 4 demandent d'être considérés comme un seul et même employeur aux fins de l'ajustement rétrospectif de la cotisation pour l'année de tarification visée. Ils affirment constituer un groupe au sens de la réglementation applicable.

2. Désignation de l'employeur chargé de communiquer le choix de limite

Les employeurs formulant la présente demande de regroupement désignent :

Nom de l'employeur

N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur

pour faire connaître à la CNESST le choix de limite de prise en charge des coûts de prestations.

3. Autorisation de l'employeur chargé de désigner la personne à contacter en matière de tarification rétrospective (à remplir s'il s'agit d'une première demande de regroupement)

Les employeurs formulant la présente demande de regroupement autorisent :

Nom de l'employeur

N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur

à désigner un de ses employés comme personne à contacter en matière de tarification rétrospective et à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CNESST :

- conformément à l'article 37 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* concernant leur classification et leur cotisation et à ceux touchant l'imputation du coût des prestations faites à leurs dossiers.
- conformément à l'article 38 de la LATMP relativement aux lésions professionnelles :
 - dont des travailleurs ont été victimes lorsqu'ils étaient à leur emploi;
 - dont le coût est imputé à leur dossier en vertu de la LATMP;
 - dont le coût sert à déterminer leur cotisation à la suite d'une opération visée par l'article 314.3 de la LATMP.

Lorsque l'employeur autorisé est inscrit aux Services en ligne sécurisés – Guichet SST, cette autorisation lui permet d'accéder aux dossiers de chacun des employeurs du groupe par voie électronique.

Durée du droit d'accès : la présente autorisation prend fin à la plus proche des dates suivantes :

- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines suivant la réception d'un avis à la CNESST d'une révocation de la présente autorisation;
- dès qu'un autre employeur est autorisé pour le remplacer;
- l'autorisation d'accès au dossier d'un employeur qui ne fait plus partie du groupe prend fin à l'expiration d'un délai d'au plus une année après que son dossier ne soit plus susceptible d'affecter la cotisation des employeurs du groupe*;
- l'autorisation d'accès au dossier d'un employeur prend fin également à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines à partir de la date où la CNESST est informée de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de cet employeur.

* Aux fins des présentes, même si les effets sur la cotisation d'un employeur signataire de l'autorisation prennent fin à une autre date, on entend par «prennent fin lorsque son dossier n'est plus susceptible d'affecter la cotisation des employeurs du groupe» **au plus tard le 31 décembre de la cinquième année qui suit l'année de la cotisation.**

4. Signature des employeurs (tous les employeurs du groupe doivent signer la demande)

Note : Les noms des signataires doivent être les mêmes que ceux apparaissant aux résolutions ou aux documents faisant foi de l'autorité des signataires. Ne pas oublier de joindre ces résolutions ou ces documents au présent formulaire.

Nom de l'employeur

N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur

Signature (Personne dûment autorisée)

Prénom et nom du signataire en lettres moulées

Date

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Nom de l'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Signature (Personne dûment autorisée)	Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Date
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Transmettre ce formulaire au bureau de la CNESST à l'adresse suivante :
Service à la grande entreprise et aux mutuelles de prévention
524, rue Bourdages, bureau 350, case postale 1200, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7E2
418 266-4654
1 800 848-4219
Télécopieur : 418 266-4653 ou sans frais 1 833 798-0669