

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Nom et adresse de la personne requérante

### Instructions pour remplir le formulaire :

1. Sélectionner et remplir soit l'option A, soit l'option B ci-dessous.
2. Signer le bas du formulaire.
3. Retourner le formulaire à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) de l'une des façons suivantes :

**Télécopieur :** 416-344-4684 OU 1-888-313-7373

**Poste :** Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail  
200, rue Front Ouest  
Toronto ON M5V 3J1

**Veillez noter que le virement automatique est SEULEMENT offert pour les comptes tenus auprès des établissements financiers canadiens.**

Sélectionner et remplir **SOIT A, SOIT B.**

**A**

#### Fournir un exemplaire d'un chèque annulé :

- Il doit s'agir d'un chèque sur lequel votre nom a été préimprimé par votre établissement financier.
- LES CHÈQUES-GUICHET NE SONT PAS ACCEPTÉS.**
- Inscrire la mention « **NUL** » sur votre chèque.
  - Joindre le chèque au présent formulaire de virement automatique et retourner le tout à la WSIB.

#### Exemple :



1 - VOTRE NOM  
VOTRE ADRESSE  
VOTRE VILLE, PROVINCE  
VOTRE CODE POSTAL

2 - PAYEZ À L'ORDRE DE \$  
DOLLARS

Nom de l'établissement bancaire

**B**

#### Formulaire d'inscription au virement automatique préautorisé

- Obtenir un formulaire d'inscription au virement automatique préautorisé sur lequel votre nom et les détails de votre compte sont préimprimés.
- Veiller à ce que votre numéro de dossier, votre nom et votre signature figurent sur le formulaire d'inscription au virement automatique préautorisé.
- Joindre le formulaire au présent formulaire d'inscription au virement automatique et retourner le tout à la WSIB.
- Il se peut que votre établissement financier puisse télécopier le formulaire à la WSIB en votre nom.

**En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais et accepte que tous les renseignements que j'ai fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais aussi que, sous réserve des exigences de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail et du Manuel des politiques opérationnelles de la WSIB, tous les paiements admissibles seront déposés dans le compte que j'ai indiqué, à l'exception de certains paiements qui pourraient devoir être faits par chèque. Je reconnais également que si le compte que j'ai indiqué est un compte joint, d'autres parties (par exemple, les titulaires du compte) pourraient avoir accès aux fonds et voir les transactions. Tout changement dans les circonstances (p. ex., décès ou nouvelle adresse postale) sera déclaré à la WSIB.**

Nom de la ou du titulaire du compte de banque	Signature	Date	Téléphone
Nom et signature de la ou du cotitulaire du compte de banque (s'il y a lieu)		Date	Téléphone

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.