



Autorisation d'accès aux dossiers accordée par l'employeur

Renseignements généraux et directives

Renseignements sur l'identité de la personne autorisée

Nom de l'employeur

Nom légal de l'employeur qui désire accorder l'accès à un tiers. Toute autre dénomination sera refusée.

N° d'entreprise du Québec ou n° d'employeur à la CSST

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) attribué par le Registraire des entreprises du Québec ou numéro de l'entité légale (ENL) attribué par la CSST. Aucun autre numéro d'identification ne sera accepté et entraînera le refus de la demande.

Nom de la personne autorisée

Nom légal de la personne pour lequel l'employeur désire accorder l'accès. Toute autre dénomination sera refusée.

N° d'entreprise du Québec ou n° d'employeur à la CSST

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) attribué par le Registraire des entreprises du Québec ou numéro de l'entité légale (ENL) attribué par la CSST. Aucun autre numéro d'identification ne sera accepté et entraînera le refus de la demande.

Renseignements sur l'identité des personnes associées à la personne autorisée

La personne autorisée peut inscrire le nom des personnes associées à autoriser ou non. S'il n'y en a pas, passez à la section *Accès accordé à la personne autorisée*.

Nom de la personne associée

Nom légal du tiers pour lequel l'employeur désire accorder l'accès. Il peut s'agir d'un autre employeur ou d'une personne associée. Toute autre dénomination que le nom légal sera refusée.

NEQ ou n° d'employeur à la CSST

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) attribué par le Registraire des entreprises du Québec ou numéro de l'entité légale (ENL) attribué par la CSST. Aucun autre numéro d'identification ne sera accepté et entraînera le refus de la demande.

À remplir par l'employeur

L'employeur qui autorise la demande doit cocher une des cases **«Accepté»** ou **«Refusé»** et mettre ses initiales dans la colonne **«Initiales»**. En l'absence des initiales du signataire, l'accès sera refusé à la personne associée.

Accès accordé à la personne autorisée (Cocher la case appropriée)

Le signataire doit cocher une seule case. Si aucune case n'est cochée, un accès global sera autorisé par défaut.

 Accès global

Si vous avez coché la case **«Accès global»**, la personne autorisée aura accès à tous les dossiers d'expérience de l'employeur incluant ceux issus de la fusion, sauf les NEQ mentionnés qui seront exclus.

Ou

 Accès limité

Si vous avez coché la case **«Accès limité»**, au moins un dossier d'expérience doit être inscrit dans la liste. La personne autorisée aura accès au(x) seul(s) dossier(s) mentionné(s) dans les cases appropriées. Si aucun dossier d'expérience n'est inscrit, la case **«Accès limité»** est ignorée et un accès global sera accordé.

N.B: Toute modification devra être initialée par le signataire.

Signature de l'employeur

Signature **obligatoire** de l'employeur qui autorise l'accès. **L'absence de signature entraînera le refus de la demande.**

Durée de l'autorisation (Cocher la case appropriée)

Cette section est obligatoire et une seule case doit être cochée.

Dans le cas d'une mutuelle de prévention

Ou

Dans les autres cas pour une autorisation régulière d'une durée maximale de deux ans.

L'autorisation est accordée jusqu'au :

Dans la section *Dans les autres cas*, l'employeur peut inscrire une date inférieure à deux ans mais ce champ n'est pas obligatoire.

N.B: Toute modification devra être initialée par le signataire.

Signature

Tous les champs de cette section sont obligatoires sauf « courriel ». Toute information manquante entraînera le refus de la demande.

Signé à

Nom de la ville où l'employeur a signé l'autorisation.

Date

Date de la signature de l'employeur. Cette date est essentielle afin de déterminer la durée de l'autorisation d'accès.

Par (prénom et nom en lettres moulées)

Nom de la personne qui autorise l'accès (signataire de l'autorisation).

Fonction

Titre de la fonction du signataire.

Signature de l'employeur

Signature de la personne qui autorise l'accès.

Adresse de correspondance de l'employeur

Adresse où l'employeur reçoit la correspondance de son entreprise.

N° de référence – Guichet CSST

Le champ N° de référence – Guichet CSST est obligatoire.

Ce formulaire pré-autorisé doit être saisi dans les services en ligne du Guichet CSST en cliquant sur l'onglet gestion des accès puis sur demande d'autorisation d'accès afin d'obtenir un numéro de référence à inscrire sur le formulaire. L'absence de ce numéro de référence entraînera le refus de la demande.

Numérisation	ENL	Date

N° de référence - Guichet CSST :

Important	<p>Ce formulaire s'adresse à l'employeur qui veut autoriser une personne morale (firme ou organisme) ou physique et, s'il y a lieu, des personnes associées à la personne autorisée à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CSST concernant sa classification, sa cotisation et l'imputation du coût des prestations de même qu'un droit d'accès aux dossiers des lésions professionnelles auxquels l'employeur a lui-même accès.</p> <p>C'est la responsabilité de l'employeur d'aviser la CSST de tout changement concernant la présente autorisation. La CSST se dégage de toute responsabilité à cet égard.</p>
------------------	--

Renseignements sur l'identité de la personne autorisée

Nom de l'employeur Nous, <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	N° d'entreprise du Québec ou n° d'employeur à la CSST <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
autorisons expressément la personne suivante, à titre principal, à exercer un droit d'accès à nos dossiers :	
Nom de la personne autorisée (nom de la firme, de l'organisme ou de la personne)	N° d'entreprise du Québec ou n° d'employeur à la CSST

Renseignements sur l'identité des personnes associées à la personne autorisée

Nous autorisons **expressément** les personnes ci-après, à titre de personnes associées, à exercer le même droit d'accès à nos dossiers que la personne autorisée ci-dessus :

Nom de la personne associée (nom de la firme, de l'organisme ou de la personne)	NEQ ou n° d'employeur à la CSST	À remplir par l'employeur		
		Accepté	Refusé	Initiales
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La personne associée à la personne autorisée a le même droit d'accès que celui accordé à la personne autorisée. Bien qu'elle soit autorisée pour la même période que la personne autorisée, cette dernière pourra limiter la durée de cette autorisation.

Dans le cas d'une révocation de l'autorisation de la personne autorisée, les autorisations de toutes les personnes associées seront révoquées implicitement.

Accès accordé à la personne autorisée (Cocher la case appropriée)

Accès global (par défaut)

Conformément à l'article 37 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), nous autorisons expressément la personne mentionnée ci-dessus, à titre principal et, s'il y a lieu, les personnes associées, à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CSST concernant notre classification et notre cotisation et à ceux touchant l'imputation du coût des prestations faite à notre dossier.

Conformément à l'article 38 de la LATMP, nous autorisons également cette personne, à titre principal, et les personnes associées à exercer un droit d'accès aux dossiers que la CSST possède relativement aux lésions professionnelles :

- dont des travailleurs ont été victimes lorsqu'ils étaient à notre emploi;
- dont le coût est imputé à notre dossier en vertu de la LATMP;
- dont le coût sert à déterminer notre cotisation à la suite d'une opération visée par l'article 314.3 de la LATMP.

Le droit d'accès global accordé à la personne autorisée et, s'il y a lieu, aux personnes associées, vise également les dossiers des personnes morales parties à une fusion dont nous sommes issus sauf, le cas échéant, les dossiers suivants :

NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____

Accès limité

Nous autorisons expressément la personne mentionnée ci-dessus et, s'il y a lieu, les personnes associées, à exercer un droit d'accès limité aux dossiers d'expérience suivants :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Signature (même personne qu'au verso)

Durée de l'autorisation (Cocher la case appropriée)

La présente autorisation prend fin à la plus proche des dates suivantes :

Autorisation d'accès en relation avec une mutuelle

- à la fin des effets sur la cotisation¹ du signataire de sa participation à une mutuelle de prévention qui a comme personne désignée² la personne autorisée, à titre principal, par les présentes;
- si le signataire ne participe pas à une telle mutuelle, le 31 décembre de l'année en cours si l'autorisation est signée avant le 1^{er} juillet de la même année ou le 31 décembre de l'année suivante si l'autorisation est signée après le 1^{er} juillet de l'année en cours;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines suivant la réception d'un avis de la part du signataire à la CSST d'une révocation de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines à partir de la date où la CSST est informée de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de l'entreprise du signataire.

Autorisation d'accès régulière

- à la date de fin inscrite ci-dessous par le signataire;
- deux ans après la signature de la présente autorisation si aucune date de fin n'est inscrite;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines suivant la réception d'un avis de notre part à la CSST d'une révocation de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines à partir de la date où la CSST est informée de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de notre entreprise.


L'autorisation est accordée jusqu'au : (Maximum 2 ans)

Date

- 1 On entend par « fins des effets sur notre cotisation » le premier jour de la 6^e année qui suit celle où pour la dernière fois, cet employeur participe à une mutuelle de prévention qui a comme personne désignée la personne autorisée par la présente.
- 2 Personne désignée en vertu de l'entente liant les employeurs membres de la mutuelle de prévention et la CSST.

La personne autorisée doit informer la CSST sans délai de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de l'employeur.

Signature de l'employeur*

Signé à 		Date <input type="text" value="A A A A M M J J"/>	
Par (prénom et nom en caractères d'imprimerie)		Fonction	
Signature	Téléphone	Poste	Télécopieur
Adresse de correspondance de l'employeur		Code postal	Courriel

*** La CSST accepte la signature d'une des personnes suivantes :**

Personne habilitée d'office : Personne physique qui, de par son seul statut, peut signer des documents au nom de l'employeur. Ce statut peut différer selon la forme juridique de l'entreprise.

Dans le cas d'une personne morale, il s'agit du président, du vice-président, du secrétaire ou du trésorier qui siègent au conseil d'administration;

Dans le cas d'une entreprise individuelle, il s'agit du propriétaire unique;

Dans le cas d'une société en nom collectif, il s'agit d'un des associés;

Dans le cas d'une société en commandite, il s'agit d'un des commandités.

OU

Répondant de l'employeur : Personne que l'employeur a déjà autorisé parmi ses employés pour le représenter à titre de répondant.

OU

Autre personne dûment autorisée à signer des documents au nom de l'employeur : Dans le cas d'une personne morale, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu des règlements de cette personne morale ou d'une résolution de son conseil d'administration. Dans le cas d'une entreprise individuelle ou d'une société, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu d'une procuration signée par une personne habilitée d'office. La procuration, le règlement ou la résolution faisant foi de l'autorité du signataire en la matière doivent être joints au présent formulaire.

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Transmettre ce formulaire à l'adresse de la personne qui demande l'autorisation : _____

RÉVOCATION DU DROIT D'ACCÈS

Vous pouvez en tout temps révoquer l'autorisation d'accès de la personne autorisée ou de certaines personnes associées auprès de la CSST. Pour ce faire, vous pouvez transmettre une lettre de révocation à l'équipe de soutien au Guichet CSST.