

Numérisation	ENL	Date
N° de référence - Guichet SST :		

**Autorisation d'accès électronique**

Ce formulaire s'adresse à l'employeur qui veut autoriser une personne morale (firme ou organisme) ou physique (ci-après nommée personne autorisée) à exercer un droit d'accès électronique aux dossiers que possède la CNESST 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. Le cas échéant, ce formulaire permet également à l'employeur d'autoriser d'autres personnes (ci-après nommées personnes associées), qui sont associées à la personne autorisée, à exercer les mêmes droits d'accès que cette dernière. Ces personnes sont identifiées par la personne autorisée à la section 3. Il incombe à l'employeur d'aviser la CNESST de tout changement concernant la présente autorisation. La CNESST se dégage de toute responsabilité à cet égard.

**1. Renseignements sur l'identité de l'employeur**

Nous,

autorisons **expressément** la personne suivante à exercer un droit d'accès à nos dossiers :

**2. Renseignements sur l'identité de la personne autorisée**

Nom de la personne autorisée\* (Nom de l'entreprise)  Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)

\* La personne autorisée est une personne morale (firme ou organisme) ou physique (qui exploite, seule ou en société, une entreprise). La présente autorisation permet à la personne autorisée de donner à ses employés des droits d'accès à vos dossiers, s'il y a lieu.

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

En cochant la case « Accepté », nous autorisons expressément la ou les 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)	Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)	À remplir par l'employeur	
		Accepté	Refusé
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Accès accordé à la personne autorisée**

Nous autorisons expressément la personne mentionnée à la section 2 et, s'il y a lieu, la ou les personnes associées mentionnées à la section 3, à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CNESST concernant le ou les sujets suivants :

**Assurance :**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Classification           | <input checked="" type="checkbox"/> Recouvrement                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Tarification           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cotisation               | <input checked="" type="checkbox"/> Révision administrative en matière de financement | <input checked="" type="checkbox"/> Versements périodiques |
| <input checked="" type="checkbox"/> Déclaration des salaires |   |  |

**Indemnisation, réadaptation et imputation :**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Saisie de formulaires en indemnisation et en imputation | <input checked="" type="checkbox"/> Suivi des dossiers d'indemnisation et d'imputation<br>Ce sujet inclut les documents liés à l'indemnisation, à l'imputation et à la révision administrative en matière d'indemnisation et d'imputation. |
|---|--|

**Portrait de l'employeur :**

- Portrait de l'employeur  
Ce sujet inclut l'accès à des renseignements relatifs au dossier d'assurance ainsi qu'à des statistiques sur l'indemnisation et la prévention.

**Accès limité par dossier d'expérience**

Le droit d'accès accordé par la présente demande donne accès à tous les dossiers d'expérience, sauf les suivants :

EXP : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_

**Accès limité pour un employeur qui a fait l'objet d'une fusion**

Les accès accordés pour les sujets sélectionnés incluent ceux des employeurs qui ont fait l'objet d'une fusion avec l'employeur identifié à la section 1. Si vous souhaitez que certains de ces employeurs soient exclus de cette autorisation d'accès, veuillez inscrire leur NEQ :

NEQ : \_\_\_\_\_ NEQ : \_\_\_\_\_ NEQ : \_\_\_\_\_

## 5. Durée de l'autorisation d'accès (Cocher la case appropriée)

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

**Autorisation d'accès en relation avec une mutuelle de prévention**

- à la fin des effets sur la cotisation<sup>1</sup> du signataire en raison de sa participation à une mutuelle de prévention, laquelle est gérée par la personne autorisée identifiée à la section 2 ;
- 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<sup>er</sup> juillet de la même année, ou
  - le 31 décembre de l'année suivante si l'autorisation est signée après le 1<sup>er</sup> 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 de l'employeur identifié à la section 1 qui révoque la présente autorisation ;
- 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 l'entreprise du signataire.

**Autorisation d'accès régulière**

- à défaut d'inscrire une date de fin ci-dessous, l'autorisation sera d'une durée illimitée ;
- à la date de fin inscrite par le signataire ;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines après la réception à la CNESST d'un avis de la part de l'employeur identifié à la section 1 qui révoque la présente autorisation ;
- 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 l'entreprise du signataire.

L'autorisation est accordée jusqu'au :

Date

Pour les accès de plus de trois ans, un rappel des accès accordés à votre dossier sera fait par la CNESST sur une base régulière

<sup>1</sup> On entend par « fins des effets sur notre cotisation » le premier jour de la 6<sup>e</sup> 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.

## 6. Signature de l'employeur\*

Je déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des informations contenues dans ce formulaire et je consens à sa mise en application par la CNESST.

Signé à		Date	<input type="text" value="A A A"/> <input type="text" value="A M M"/> <input type="text" value="J J"/>
Par (prénom et nom en caractères d'imprimerie)		Fonction	
Signature	Téléphone	Poste	Courriel

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

**Personne habilitée d'office** : Personne physique qui, 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 d'une personne exerçant une fonction de dirigeant au sens entendu par sa loi constitutive. Par exemple, il peut s'agir du président, du secrétaire ou d'une personne déclarée au registre des entreprises du Québec ayant une fonction autre qu'« administrateur ».

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.

## RÉVOCACTION 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 CNESST. Pour ce faire, vous pouvez communiquer avec nous au **1 844 838-0808**.