



401, rue Strickland Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 Tél : 867-667-5645; sans frais : 1-800-661-0443; téléc. : 867-667-8740; site Web : www.wcb.yk.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR			
Nom de famille		Prénom	
		Initiales	
		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse postale		Téléphone (domicile)	
		Téléphone (travail)	
		Adresse courriel	
Date de naissance (j/m/a)		Durant les périodes très occupées, employez-vous 20 travailleurs ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom et adresse de l'employeur (y compris le ministère gouvernemental, s'il y a lieu)		Numéro d'assurance sociale	
		Emploi	
		Nom du superviseur	
		Téléphone de l'employeur	
		Tél. cellulaire de l'employeur	

PRÉCISIONS AU SUJET DE LA BLESSURE/MALADIE DU TRAVAILLEUR			
Date de la blessure/maladie. Si la blessure est survenue avec le temps, indiquez la date à laquelle le travailleur vous a informé de ses problèmes la première fois (j/m/a).			Heure <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi
Quel équipement le travailleur utilisait-il au moment de l'incident?		Partie du corps touchée par la blessure (indiquez côté droit ou côté gauche)	
Décrivez ce qui est arrivé?			
Avez-vous des raisons de croire que cette demande de règlement devrait être refusée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		À quel moment la blessure/maladie a-t-elle été signalée au superviseur?	
Le travailleur a-t-il soumis un formulaire de Signalement d'une blessure ou d'une maladie professionnelle par l'employé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Ville ou localité où est survenu l'incident?	
Des premiers soins ont-ils été donnés sur les lieux de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		L'incident (blessure/maladie) est-il survenu sur le lieu de travail de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le travailleur a-t-il consulté un médecin à l'extérieur des lieux de son travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le travailleur travaillait-il pour l'employeur au moment de l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Le travailleur s'est-il absenté du travail après l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RÉCLAMATION POUR PERTE D'HEURES DE TRAVAIL?			
Le travailleur est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quand (j/m/a)?	
		Si non, avez-vous élaboré un Plan de retour au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Indiquez le montant du salaire brut du travailleur pour les 2 périodes de paye complètes précédant la blessure/maladie			
Du (date) _____ au (date) _____ \$			
et du (date) _____ au (date) _____ \$			
OU : À qui devrait-on demander ces renseignements? _____			
* Si la réclamation touche la perte d'heures de travail, il se peut qu'on communique avec vous pour obtenir de plus amples renseignements			Téléphone _____

Ce rapport doit être soumis à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon dès que possible. Les employeurs recevront une amende si ce rapport n'est pas soumis dans les 3 jours suivant la constatation de la blessure. Le rapport peut être soumis par télécopieur, par la poste ou en personne à nos bureaux.

Les blessures graves (y compris les fractures, la perte de conscience, etc.) doivent être signalées à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon IMMÉDIATEMENT : Composer le 867-667-5450 ou le 1-800-661-0443.

À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS	
Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets à ma connaissance et que je suis autorisé à signer ce rapport au nom de l'employeur.	
Signature _____	Date (j/m/a) _____
Nom en lettres détachées _____	Numéro de téléphone _____

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur les accidents du travail afin de déterminer l'admissibilité aux prestations. Pour en savoir davantage, composer le 867-667-5645 ou le 1-800-661-0443.