

Numéro d'incident (Claim #)

3

Renseignements sur le travailleur

Nom		Prénom			
Adresse				Localité	
Province	Code postal	N° de téléphone ()	Date de naissance JJ / MM / AAAA	N° d'immatriculation de santé provincial	
N° d'assurance sociale	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Titre du poste			

Renseignements sur l'employeur

Nom d'entreprise		Adresse (y compris le bureau)			
Localité	Province	Code postal	N° de téléphone ()		

Détails sur l'incident

Date de l'incident JJ / MM / AAAA	Parties du corps affectées				
Date de communication à l'employeur JJ / MM / AAAA	Nom et poste de la personne à qui l'incident a été communiqué				
Décrivez l'incident de la façon la plus détaillée possible. (Servez-vous de feuilles mobiles au besoin. Nommez des témoins, s'il y a lieu.)					
Localité et province où l'incident a eu lieu					
L'incident s'est-il produit dans la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sinon, précisez le nom du propriétaire du lieu, ainsi que l'adresse.					

Nom et adresse des médecins et/ou de l'hôpital ayant fait la prestation des soins (Joindre une feuille mobile, s'il y a lieu.)

Nom	Adresse	Date de la visite JJ / MM / AAAA
Nom	Adresse	Date de la visite JJ / MM / AAAA

Temps et rémunération perdus (À remplir seulement si vous avez été absent autrement que le jour de l'incident.)

Heure et journée depuis lesquels vous n'avez pas travaillé après l'incident? JJ / MM / AAAA à HEURE	
Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand? JJ / MM / AAAA à HEURE	
Votre employeur vous a-t-il rémunéré pendant votre absence? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Avez-vous d'autres sources de revenu? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Combien d'heures travaillez-vous par semaine? Si cela varie d'une semaine à l'autre, veuillez préciser.	Quels sont vos jours de congé habituels? Si cela varie, veuillez préciser.
Combien gagnez-vous de l'heure actuellement? \$	Quelle est votre rémunération brute? (par semaine, par deux semaines, etc.) \$
Quelles est votre situation familiale? <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé	Votre conjoint ou conjoint de fait travaille-t-il? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous en mesure de demander une déduction dans votre déclaration de revenus de l'année en cours pour:	
enfant à charge âgé de 18 ans ou moins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le nombre d'enfants _____
personne handicapée à charge âgée de 18 ans ou plus? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le nombre de personnes handicapées _____
frais de garde d'enfants? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, estimez la déduction pour l'année financière en cours _____ \$
versements pour le soutien d'un enfant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le montant _____ \$ Total pour l'année _____ \$
versements pour l'entretien du conjoint? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, indiquez le montant _____ \$ Total pour l'année _____ \$
Avez-vous fait une demande de revenu ailleurs? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, veuillez préciser. (p. ex. assurance-emploi, régime de pensions du Canada assurance sociale), régime d'assurance invalidité de l'entreprise, etc.)	

Nom du travailleur

N° de la demande d'indemnisation

3

Couverture

Parmi les personnes impliquées dans l'incident, y en avait-il qui n'étaient pas embauchées par votre employeur ? oui non Si oui, indiquez le nom et l'adresse.

Êtes-vous directeur de l'entreprise, un associé ou le propriétaire unique? oui non

Êtes-vous un sous-traitant? oui non Si oui, précisez: industrie de la construction ou industrie forestière (Remplir les sections applicables ci après)

Êtes-vous un propriétaire exploitant? oui non Si oui, précisez: messagerie ou camionnage ou remorquage (Remplir les sections applicables ci après)

Répondez aux questions suivants si l'incident s'est produit entre le 1^{er} janvier 1992 et le 31 décembre 2005.

Êtes-vous membre de la famille de l'employeur (ou, si l'employeur est une société, un membre de la famille du directeur de la société)? oui non

Si oui, demeurez-vous avec l'employeur ou le directeur? oui non

Agriculture

Entretenez-vous des liens de parenté avec le propriétaire de l'exploitation agricole? oui non

Sous-traitant ou propriétaire exploitant: (à remplir seulement si vous êtes sous-traitant ou propriétaire exploitant)

Êtes-vous inscrit au régime du WCB d'un employeur? oui non Si non, êtes-vous inscrit vous-même au régime du WCB? oui non

Travaillez-vous en association? oui non Avez-vous des employés? oui non

Sous-traitant dans l'industrie de la construction

Fournissez-vous du matériel ou de l'équipement? oui non Si oui, veuillez préciser.

Sous-traitant dans l'industrie forestière

Fournissez-vous du matériel ou de l'équipement? oui non Si oui, veuillez préciser.

Coupez-vous le bois à titre de détenteur de la convention d'achat, du permis de vente du bois ou du permis de scierie? oui non Si non, au nom de quel détenteur de convention ou de permis?

Propriétaire qui exploite un service de messagerie

Quel est le poids nominal brut du véhicule? (Voir la carte d'immatriculation Autopac.)

Propriétaire qui exploite un camion

Transportez-vous dans un rayon de 16 km de la localité dans laquelle est situé votre résidence d'emploi? oui non Êtes-vous un conducteur de camion sur longue distance? oui non

Fournissez-vous un véhicule? oui non Si oui, combien de véhicules fournissez-vous?

Je comprends que, en vertu de la Loi sur les incidents du travail, le WCB peut recueillir des renseignements à mon sujet pour prendre une décision relativement à ma demande d'indemnisation ou pour en gérer l'exécution, que ces renseignements peuvent être divulgués à mon employeur ou à son représentant pour les besoins des programmes du WCB ou être divulgués à d'autres selon la législation applicable, y compris la *Loi sur les accidents du travail*, la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée*. Les renseignements recueillis peuvent également être utilisés par le WCB pour faire des évaluations ou mener des sondages.

Veuillez adresser toute question relative à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements sur votre demandes d'indemnisation à l'agent d'accès à l'information et de protection de la vie privée, en composant le 954-4557 ou le 1-800-362-3340, poste 4557 (sans frais).

Autorisation pour divulguer des renseignements médicaux

J'autorise les personnes en possession de renseignements à mon sujet, médicaux ou autres, à les divulguer au WCB, sur demande, si le WCB détermine qu'ils ont un lien avec ma demande d'indemnisation.

Autorisation accordée à l'Agence du revenu du Canada (ARC)

J'autorise l'ARC à donner au WCB une copie de ma déclaration fiscale et d'autres renseignements, y compris tout feuillet, toute annexe ou tout état financier à l'appui. Cette information servira:

- (1) à établir ma rémunération nette moyenne;
- (2) à déterminer et à vérifier mon admissibilité aux prestations en vertu de la *Loi sur les incidents du travail*.

L'autorisation s'applique aux deux années précédant l'année de la signature, à l'année de la signature et à chacune des années suivantes pendant lesquelles des prestations sont versées.

Signature du travailleur

X

Date

JJ / MM / AAAA