



Présentation du formulaire

Réclamation du travailleur

**Accident
du travail**

**Maladie
professionnelle**

**Frais d'assistance
médicale**

Remplissez ce formulaire si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,

- vous êtes absent de votre travail pendant plus de 14 jours;
- vous êtes atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique;
- vous demandez le remboursement de frais d'assistance médicale ou de frais de déplacement et de séjour (vous devez remplir les parties A, B et C du formulaire même si vous n'avez pas eu à vous absenter de votre travail ou que votre absence a duré 14 jours et moins).

Remplissez également ce formulaire si

- vous êtes le représentant d'un travailleur incapable de remplir sa réclamation;
- vous êtes le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle;
- vous ne recevez pas de salaire d'un employeur (travailleur bénévole, travailleur sans emploi au moment d'une récurrence, d'une rechute ou d'une aggravation, etc).

Pour recevoir les prestations prévues à la loi, vous avez intérêt à remplir votre réclamation et à la transmettre à la CSST dans les meilleurs délais. (Toutefois, la loi vous accorde un délai de 6 mois à compter de la date de l'accident ou de la connaissance que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle pour remplir cette réclamation et faire une première demande de remboursement de frais d'assistance médicale.)

Dans le texte suivant, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document comporte 3 sections :

1. Comment remplir le formulaire «Réclamation du travailleur»
2. Formulaire «Réclamation du travailleur»
3. Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. (Lire attentivement et conserver)

Le travailleur informé par son médecin de la date de consolidation de sa lésion professionnelle doit à son tour en informer **immédiatement** son employeur. Il doit de plus informer **immédiatement** la CSST que son employeur l'a réintégré dans son emploi.

Comment remplir le formulaire Réclamation du travailleur

Note: Le personnel de votre bureau régional de la CSST peut vous aider à remplir ce formulaire.

Indiquez d'abord la nature de votre réclamation en cochant la case appropriée en haut du formulaire. Vous pouvez cocher deux cases si votre situation le justifie.

Dans ce formulaire, le mot événement désigne autant un accident du travail que la manifestation d'une maladie professionnelle.

Partie A • Identification du travailleur

Répondez bien à toutes les questions, sans oublier votre numéro de téléphone personnel ainsi que votre code postal. Vos numéros d'assurance maladie et d'assurance sociale sont **indispensables** à l'ouverture de votre dossier à la CSST.

Si vous remplissez ce formulaire en tant que *bénéficiaire ou représentant d'un travailleur décédé*, indiquez dans la partie A, les données se rattachant au travailleur. Vous devez vous identifier dans la partie E du formulaire.

Il est important que vous précisiez si vous faites votre demande à titre de propriétaire, d'associé ou d'administrateur, de domestique ou encore de bénévole. Cochez la case qui convient. Vous devez aussi indiquer le montant de votre protection personnelle. Si vous réclamez une indemnité pour récurrence, rechute ou aggravation, indiquez-en la date exacte à la case appropriée. Vous devez également préciser la date de l'événement initial relié à cette récurrence, à cette rechute ou à cette aggravation.

Partie B • Identification de l'établissement où vous travaillez

Pour la **nature de l'emploi**, indiquez si, au moment de l'événement, vous occupiez un emploi régulier ou si votre travail était effectué en tant que travailleur autonome, étudiant, bénévole, ou dans le cadre de travaux compensatoires, travaux communautaires ou lors d'un cours sur les mesures d'urgence. Décrivez toute autre situation particulière relative à la nature de votre emploi.

Pour l'**établissement où vous travaillez** indiquez bien le nom de votre employeur et l'adresse de l'établissement où vous travaillez habituellement, et non l'adresse du siège social de l'entreprise.

N'oubliez pas d'inscrire le numéro de téléphone de votre employeur.

Partie C • Description de l'événement

Remplissez cette partie si vous désirez apporter des précisions **supplémentaires** à la description faite dans l'Avis de l'employeur dont une copie vous a été remise. Remplissez-la également si vous demandez un remboursement de frais d'assistance médicale ou de frais de déplacement ou de séjour (même si vous n'avez pas eu à vous absenter de votre travail ou que votre absence a duré 14 jours et moins).

Dans le cas d'un accident du travail, remplissez cette partie en répondant aux questions suivantes :

- Avez-vous été blessé sur le lieu de votre travail?
- Que faisiez-vous au moment de l'accident?

Précisez les conséquences de l'événement ainsi que les blessures, en indiquant les parties du corps qui ont été touchées. Dans le cas d'une maladie professionnelle, décrivez les manifestations de cette maladie.

Si vous connaissez la date de votre retour au travail, indiquez-la à l'endroit prévu à cette fin.

Partie D • Situation familiale

Votre situation familiale est la même que dans vos déclarations de revenu. Cochez la case appropriée. Si votre conjoint ou votre conjointe est à votre charge, vous devez l'inclure dans le nombre de personnes à charge. La définition de conjoint comprend les conjoints mariés qui vivent ensemble et les conjoints de fait de sexe différent ou de même sexe.

Cependant, si vous versez une pension alimentaire, ne comptez pas dans le nombre de personnes à charge celles pour lesquelles vous réclamez la déduction. Remplissez la section encadrée qui se rapporte à cette situation.

Important:

Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.

Partie E • Renseignements supplémentaires

Les indemnités sont calculées en fonction de votre revenu brut et visent à protéger votre capacité de gain. Vous pouvez vous servir de cet espace pour ajouter des renseignements servant à établir un revenu brut plus élevé que celui prévu à votre contrat de travail chez l'employeur où vous travailliez au moment de l'événement.

Ces renseignements peuvent comprendre notamment:

- Dans les 12 derniers mois, les bonis, les primes, les pourboires, les commissions, les majorations pour heures supplémentaires, les vacances si leur valeur en espèces n'est pas incluse dans le salaire, les rémunérations participatoires, les valeurs en espèces si vous utilisiez à des fins personnelles une automobile ou un logement fournis par l'employeur, et les prestations d'assurance-emploi;
- les revenus perçus pour un même genre d'emploi chez un autre employeur;
- les revenus d'un autre emploi que vous êtes devenu incapable d'exercer à cause de votre lésion.

Si vous occupez un autre emploi au moment de votre lésion, veuillez cocher la case appropriée.

Votre employeur est tenu de vous verser des indemnités pour chaque jour ou partie de jour où vous auriez normalement travaillé pendant les 14 premiers jours calendrier suivant le début de votre incapacité à travailler en raison de votre lésion professionnelle. Précisez dans la case appropriée si votre employeur a payé ces jours.

Si vous ne recevez pas de salaire au moment où votre lésion professionnelle s'est produite (par exemple si vous étiez bénévole ou si vous étiez sans emploi lorsque vous avez subi une récurrence, une rechute ou une aggravation), vous avez droit à une indemnité de remplacement du revenu à certaines conditions. Informez-vous auprès de votre bureau régional de la CSST.

À partir du 15^e jour, c'est la CSST qui verse les indemnités. Il arrive qu'à la suite d'ententes particulières ou en vertu d'une convention collective, un employeur continue de verser lui-même les indemnités au travailleur après les 14 jours. Si tel est le cas dans votre entreprise, cochez la case appropriée.

Si vous réclamez le remboursement de lunettes endommagées ou de tout autre type d'orthèse ou de prothèse, vous devez répondre aux questions 1 et 2 de la section E. Vous devez faire signer votre employeur ou son représentant afin qu'il atteste qu'aucun régime de l'entreprise ne couvre ces frais. Il est important aussi d'expliquer dans la Partie C comment votre prothèse ou votre orthèse a été endommagée par le fait du travail.

À ne pas oublier :

Pour faciliter le traitement de votre réclamation et en accélérer le paiement, assurez-vous que votre médecin a fait parvenir son rapport médical à la CSST dans les six jours de votre visite.

Si votre réclamation porte seulement sur vos frais d'assistance médicale (remboursement de médicaments, par exemple) ou sur vos frais de déplacement et de séjour (pour aller suivre des traitements ou subir des examens, par exemple), vous devez remplir les parties A, B et C du formulaire et y joindre les originaux de vos factures ou reçus.

Un seul formulaire doit être rempli pour un même événement. Si vous devez faire des demandes ultérieures, il suffit d'inscrire sur une note d'accompagnement vos nom, adresse, numéro de téléphone, la date de l'événement, votre numéro d'assurance maladie et votre numéro de réclamation. Vous pouvez utiliser le formulaire n° 382 Réclamation de frais pour décrire vos frais.

Assurez-vous de signer votre réclamation au bas du formulaire.

Ce formulaire comporte trois exemplaires identiques.

Si votre réclamation concerne un accident du travail ou une maladie professionnelle, gardez un exemplaire, remettez-en un à votre employeur et expédiez le troisième au bureau de la CSST de votre région. Vous trouverez les adresses des bureaux de la CSST au verso des formulaires

Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Lorsque vous êtes victime d'un accident du travail ou que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle, une loi vous protège: la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Elle vous garantit le droit à l'assistance médicale et, si votre état le requiert, le droit à l'indemnisation, à la réadaptation et au retour au travail. C'est la CSST qui est chargée d'administrer les services prévus par cette loi et de s'assurer que vous pouvez exercer les droits qu'elle vous donne.

Lorsque vous effectuez un travail pour un employeur, vous êtes ainsi assuré contre tous les risques d'accident ou de maladie professionnelle. Vous n'avez rien à déboursier pour cette assurance: c'est votre employeur et les autres employeurs québécois qui en assument tous les coûts par les cotisations qu'ils versent chaque année à la CSST.

Le droit à l'assistance médicale

Dès que vous êtes blessé lors d'un accident du travail ou que se manifeste une maladie professionnelle, vous avez droit à tous les soins médicaux que requiert votre état, ainsi qu'au remboursement de divers frais.

C'est vous qui choisissez votre médecin. S'il y a lieu, vous avez également le choix du centre hospitalier où vous serez traité, à moins que les soins requis n'y soient pas disponibles dans un délai raisonnable.

Les frais suivants vous seront remboursés par la CSST:

- les médicaments et les autres produits pharmaceutiques prescrits par votre médecin,
- les orthèses et les prothèses prescrites,
- vos frais de déplacement et de séjour pour des visites médicales ou des traitements, ainsi que ceux de la personne qui vous accompagne, si nécessaire.

Conservez bien tous les originaux de vos factures, pour être remboursé.

Le droit à l'indemnisation

La perte de votre revenu

Si, à cause d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, votre médecin vous prescrit un arrêt de travail, vous recevrez des indemnités pour la perte de salaire occasionnée. S'il y a lieu, ces indemnités continuent à vous être versées pendant votre réadaptation et jusqu'à ce que vous soyez à nouveau en mesure d'effectuer votre travail ou sinon, d'occuper un autre emploi convenable.

Pour la journée même de l'accident, votre employeur doit vous verser votre salaire net. Par la suite, pour les quatorze jours suivants, c'est également lui qui vous verse les indemnités pour chaque jour ou partie de jour où vous auriez normalement travaillé n'eût été de votre lésion. Le montant correspond à 90% du salaire net que vous auriez gagné pendant cette période, jusqu'à concurrence du salaire maximum assurable fixé par la loi. Si, pour cette même période, vous perdez un autre revenu d'emploi et que vous en faites la démonstration, vous pourriez avoir droit à des indemnités correspondantes.

Si aucun employeur n'est tenu de vous verser un salaire au moment de la manifestation de votre lésion professionnelle, vous avez droit à une indemnité de remplacement du revenu à certaines conditions.

À compter du quinzième jour qui suit celui de votre accident ou le début de votre maladie, c'est la CSST qui doit vous verser les indemnités de remplacement du revenu. Ces indemnités sont payées toutes les deux semaines. Leur montant est calculé sur la base de 90% du revenu net retenu que vous tirez annuellement de votre emploi, jusqu'à concurrence du maximum assurable fixé par la CSST, et qui tient compte de votre situation familiale déclarée selon les dispositions des lois sur l'impôt.

Les dommages corporels

Il se peut qu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vos capacités physiques ou psychiques restent diminuées d'une façon permanente. Dans ces cas, en plus des indemnités auxquelles vous avez déjà droit pour la perte de votre salaire, la CSST vous versera un montant forfaitaire. Elle le fixera d'après un barème qui tient compte d'une part de votre perte d'intégrité physique et psychique et du préjudice esthétique, de la douleur ou de la perte de jouissance qui en résulte, et d'autre part de votre âge.

Le décès d'un travailleur

En cas de décès d'un travailleur à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les personnes à sa charge reçoivent des indemnités de la CSST. Celles-ci leur sont versées sous forme de montants forfaitaires, à l'exception de certains cas précis où elles prennent la forme de rentes.

D'autres indemnités

Vous avez également droit à des indemnités pour les dommages causés à vos vêtements par un accident du travail, ou par une orthèse ou une prothèse que vous devez porter à cause des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La réparation ou le remplacement de ces orthèses ou prothèses, si elles sont endommagées involontairement par le fait de votre travail, sont également couverts par la loi.

Le droit à la réadaptation

Si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous êtes atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique, la CSST en évaluera les conséquences directes. S'il s'avère que vous connaissez des problèmes de réinsertion sociale et professionnelle, dus à votre accident ou à votre maladie, vous serez appelé à participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un plan individualisé de réadaptation.

Ce plan peut comprendre des programmes de réadaptation physique, sociale et professionnelle, selon vos besoins. Il a pour but de vous fournir les outils et l'aide nécessaires pour que vous puissiez retrouver votre autonomie et retourner au travail.

Le droit de retour au travail

Dès que vous redevenez capable de reprendre votre travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous avez le droit, si vous remplissez certaines conditions, de réintégrer votre emploi ou un emploi équivalent soit dans l'établissement où vous travaillez soit dans un autre établissement de votre employeur.

Vous conservez votre salaire, votre ancienneté et les avantages dont vous bénéficieriez si vous aviez continué à occuper votre emploi.

Dans le cas où votre entreprise compte 20 travailleurs ou moins au moment de l'événement, vous pouvez exercer ce droit au retour au travail jusqu'à un an après le début de votre incapacité. Si elle compte 21 travailleurs ou plus, cette échéance est de deux ans.

Le droit au retour au travail s'applique au travailleur qui, à la date où il est victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle est lié par un contrat de travail à durée indéterminée, ou à durée déterminée s'il redevient capable d'exercer son emploi avant la date d'expiration de son contrat.

Si vous demeurez incapable d'exercer votre emploi, vous avez priorité pour occuper le premier emploi convenable qui devient disponible dans un établissement de votre employeur, avec le salaire et les avantages liés à cet emploi ou un emploi convenable, en tenant compte de votre ancienneté et du service continu que vous aurez accumulé. Ce droit s'exerce sous réserve des règles relatives à l'ancienneté prévues par votre convention collective. S'il y a une différence entre votre nouveau salaire et celui que vous touchiez dans votre ancien emploi, la CSST vous versera des indemnités pour combler cette différence.

En attendant que vous redeveniez capable d'exercer votre emploi ou un emploi convenable, votre employeur peut vous assigner temporairement un travail. Cette décision peut être prise si votre médecin juge que ce travail comporte des avantages pour votre réadaptation et ne nuit pas à votre santé.

Les recours

Vous êtes protégé contre toute sanction que votre employeur prendrait à votre endroit à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou de l'exercice d'un droit prévu par la loi. Si vous faites l'objet d'une telle sanction, ou que vous estimez que vous êtes lésé par une décision de votre employeur, vous pouvez utiliser à votre choix la procédure de griefs prévue à votre convention collective ou soumettre une plainte à la CSST.

Si vous estimez que vous êtes lésé par une décision de la CSST, vous pouvez lui en demander la révision par écrit en vous adressant à votre bureau régional. Dans le cas où vous vous croyez lésé par la décision rendue lors de cette révision, c'est la Commission des lésions professionnelles qui rendra la décision finale.

Vous avez aussi des recours dans l'exercice de votre droit au retour au travail. Si vous vous croyez lésé, vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue à votre convention collective. En l'absence d'une telle convention, les modalités d'application de votre droit de retour au travail sont déterminées par le comité de santé et de sécurité de l'établissement où est disponible l'emploi que vous avez le droit de réintégrer ou d'occuper. En cas de désaccord au sein de ce comité ou si vous êtes insatisfait de ses recommandations, vous pouvez demander l'intervention de la CSST.

Pour tout renseignement supplémentaire, n'hésitez pas à téléphoner au bureau de la CSST de votre région: son personnel est là pour vous aider.

Pour bénéficier de la protection de la loi, vous devez remplir certaines obligations

- Aviser votre employeur ou son représentant de votre accident du travail ou de votre maladie professionnelle, le plus tôt possible, de préférence avant de quitter l'établissement.
- Si, après la journée de l'accident, vous êtes incapable de reprendre votre travail, fournir à votre employeur une attestation médicale.
- Si votre incapacité de travailler se prolonge au-delà de quatorze jours, produire une réclamation à la CSST sur le formulaire ci-joint.
- Fournir tous les renseignements qui vous seront demandés par la CSST.
- Vous soumettre aux examens médicaux requis par votre employeur ou la CSST, dans les limites prévues par la loi.
- Suivre les traitements médicaux que votre médecin estime nécessaires.
- Informer sans délai la CSST de tout changement dans votre situation qui peut affecter le montant de vos indemnités.
- Informer votre employeur de la date de votre retour au travail et du fait que vous conserverez ou non une incapacité permanente.
- Retourner au travail dès que vous êtes en mesure de le faire.

Bureau régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

33, rue Gamble Ouest
ROUYN-NORANDA (Québec)
J9X 2R3
(819) 797-6191
1-800-668-2922
Télécopieur : (819) 762-9325

1185, rue Germain
VAL-D'OR (Québec)
J9P 6B1
(819) 354-7100
1-800-668-4593
Télécopieur : (819) 874-2522

BAS-SAINT-LAURENT

180, rue des Gouverneurs
C.P. 2180
RIMOUSKI (Québec)
G5L 7P3
(418) 725-6100
1-800-668-2773
Télécopieur : (418) 727-3948

CHAUDIÈRE - APPALACHES

777, rue des Promenades
SAINT-ROMUALD (Québec)
G6W 7P7
(418) 839-2500
1-800-668-4613
Télécopieur : (418) 839-2498

CÔTE-NORD

700, boulevard Laure
Bureau 236
SEPT-ÎLES (Québec)
G4R 1Y1
(418) 964-3900
1-800-668-5214
Télécopieur : (418) 964-8230

235, boulevard Lasalle
BAIE-COMEAU (Québec)
G4Z 2Z4
(418) 294-7300
1-800-668-0583
Télécopieur : (418) 294-8691

ESTRIE

Place Jacques-Cartier
1650, rue King Ouest
Bureau 204
SHERBROOKE (Québec)
J1J 2C3
(819) 821-5000
1-800-668-3090
Télécopieur : (819) 820-3927

GASPÉSIE —

ÎLES-DE-LA-MADELEINE
163, boulevard de Gaspé
GASPÉ (Québec)
G4X 2V1
(418) 368-7800
1-800-668-6789
Télécopieur : (418) 360-8375

200, boulevard Perron Ouest
C.P. 939
NEW-RICHMOND (Québec)
G0C 2B0
(418) 392-5091
1-800-668-4595
Télécopieur : (418) 392-5406

ÎLE-DE-MONTRÉAL

1, complexe Desjardins
Tour du Sud, 34^e étage
C.P. 3, succursale place
Desjardins
MONTRÉAL (Québec)
H5B 1H1
(514) 906-3000
Télécopieur : (514) 906-3131

LANAUDIÈRE

432, rue de Lanaudière
C.P. 550
JOLIETTE (Québec)
J6E 7N2
(450) 753-2600
1-800-461-4489
Télécopieur : (450) 756-6832

LAURENTIDES

85, de Martigny Ouest
6^e étage
SAINT-JÉRÔME (Québec)
J7Y 3R8
(450) 431-4000
1-800-465-2234
Télécopieur : (450) 432-1765

LAVAL

1700, boulevard Laval
LAVAL (Québec)
H7S 2G6
(450) 967-3200
Télécopieur : (450) 668-1174

LONGUEUIL

25, boulevard Lafayette
LONGUEUIL (Québec)
J4K 5B7
(450) 442-6200
1-800-668-4612
Télécopieur : (450) 928-5624

MAURICIE- CENTRE-DU-QUÉBEC

1055, boulevard des Forges
Bureau 200
TROIS-RIVIÈRES (Québec)
G8Z 4J9
(819) 372-3400
1-800-668-6210
Télécopieur : (819) 371-6952

OUTAOUAIS

15, rue Gamelin
C.P. 454
HULL (Québec)
J8Y 6P2
(819) 778-8600
1-800-668-4483
Télécopieur : (819) 772-3966

QUÉBEC

730, boulevard Charest Est
C.P. 4900, succursale Terminus
QUÉBEC (Québec)
G1K 7S6
(418) 266-4000
1-800-668-6811
Télécopieur : (418) 266-4015

ST-JEAN-SUR-RICHELIEU

145, boulevard Saint-Joseph
C.P. 100
SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU
(Québec)
J3B 6Z1
(450) 359-2100
1-800-668-2204
Télécopieur : (450) 359-1307

VALLEYFIELD

9, rue Nicholson
C.P. 478
SALABERRY-DE-VALLEYFIELD
(Québec)
J6S 4V7
(450) 377-6200
1-800-668-2550
Télécopieur : (450) 377-8228

SAGUENAY —

LAC-SAINT-JEAN
Place du Fjord
901, boulevard Talbot
C.P. 5400
CHICOUTIMI (Québec)
G7H 6P8
(418) 696-5200
1-800-668-0087
Télécopieur : (418) 545-3543

Complexe du Parc
1209, boulevard Sacré-Coeur
6^e étage
C.P. 47
SAINT-FÉLICIEN (Québec)
G8K 2P8
(418) 679-5463
1-800-668-6820
Télécopieur : (418) 679-5931

YAMASKA

2710, rue Bachand
C.P. 430
SAINT-HYACINTHE (Québec)
J2S 7B8
(450) 771-3900
1-800-668-2465
Télécopieur : (450) 773-8126

66, rue Court
GRANBY (Québec)
J2G 4Y5
(450) 378-7971
Télécopieur : (450) 776-7256

26, place Charles-De Montmagny
SOREL (Québec)
J3P 7E3
(450) 743-2727
Télécopieur : (450) 746-1036

Réclamation de frais d'assistance médicale

Il faut produire une seule réclamation par événement. Une fois la réclamation expédiée à la CSST, si vous avez d'autres frais à faire rembourser, expédiez seulement l'original des factures en précisant sur une note d'accompagnement vos nom, adresse, numéro de téléphone, numéro d'assurance maladie, numéro de réclamation et date d'événement.

Vous pouvez utiliser le formulaire n° 382 intitulé Réclamation de frais pour décrire vos frais. Ce formulaire est disponible dans nos bureaux régionaux et locaux.

Cochez si: 1• Accident du travail 2• Maladie professionnelle 3• Frais d'assistance médicale (Voir note au verso)

A • Identification du travailleur				Les renseignements demandés aux rubriques apparaissant en vert sont essentiels pour le traitement de la demande			
Nom à la naissance				Numéro d'assurance sociale		Numéro d'assurance maladie	
Prénom							
Adresse Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang		Appartement		Date de l'événement d'origine	
Ville, localité		Province, pays		Code postal		Date de la récidence, de la rechute ou de l'aggravation	
						Année Mois Jour Heure Min.	
						Année Mois Jour Heure Min.	
Cochez si la présente demande vous concerne à titre de		<input type="checkbox"/> 1• Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> 3• Bénévole <input type="checkbox"/> 2• Domestique		Inscrire le montant de la protection personnelle		Date de naissance	
				\$		Année Mois Jour	
						Sexe	
						M F	
						Numéro de téléphone	
						Ind. rég.	

B • Identification de l'établissement où vous travaillez				Nature de l'emploi au moment de l'événement			
Nom (raison sociale) de l'employeur							
Adresse Numéro				Bureau		Numéro de téléphone	
Boulevard, avenue, rue, rang						Ind. rég.	
Ville, localité		Province, pays		Code postal		Numéro de dossier d'expérience	

C • Description de l'événement (VOIR INSTRUCTIONS)							
Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.							
						Date du retour au travail	
						Année Mois Jour Heure Min.	
						Cochez si la date est indéterminée <input type="checkbox"/>	

D • Situation familiale			
Encercler la case qui correspond à votre situation familiale selon les lois sur l'impôt. Inscrivez le nombre de vos personnes à charge sans compter celles pour lesquelles vous réclamez une déduction pour pension alimentaire.			
Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt	<input type="checkbox"/> 1• Célibataire ou soutien de famille monoparentale	➔ Nombre de personnes à charge	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 2• Avec conjoint ou conjointe à charge	➔ Nombre de personnes à charge, incluant conjoint ou conjointe	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 3• Avec conjoint ou conjointe non à charge	➔ Nombre de personnes à charge	<input type="text"/>
<i>Note: La notion de conjoint inclut les conjoints de fait de sexe différent ou de même sexe.</i>			
À remplir si vous réclamez une déduction pour pension alimentaire	Cochez la case correspondant aux personnes pour lesquelles vous réclamez une déduction pour pension alimentaire. Précisez-en le nombre.		Nombre
	<input type="checkbox"/> Conjoint ou Ex-conjoint	<input type="checkbox"/> Enfants	<input type="text"/>

Important: Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.

E • Renseignements supplémentaires			
Autres revenus, s'il y a lieu			
Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
À remplir s'il s'agit d'une demande de réparation de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées par le fait du travail. Même si vous n'avez subi aucune blessure, vous devez décrire comment cela s'est produit à la section C.	1• Existe-t-il dans l'entreprise un régime d'assurance couvrant les frais ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2• Si oui, quel est le montant maximum accordé ? \$	3• Signature de l'employeur ou de son représentant <input type="text"/> Date <input type="text"/>
Décès			
Si l'événement a entraîné le décès, en inscrire la date		Inscrire les nom, adresse et numéro de téléphone du bénéficiaire (conjoint survivant ou ayant droit)	
Année Mois Jour			

F • Signature		
Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. J'autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail à obtenir tous les renseignements relatifs à la présente réclamation.		
Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur copie du présent formulaire dûment rempli et signé.	Signature du travailleur ou de son représentant	Date <input type="text"/>

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la Commission des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.