



Rapport d'accident d'un exploitant de ressources renouvelables

À l'usage de la CAT

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS, SIGNEZ ET FAITES
PARVENIR À LA CAT À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO.

N° du dossier à la CAT

Nom de famille de l'exploitant		Prénom		État civil	
Adresse postale, indiquez le code postal				Nombre de personnes à charge	
Téléphone, indiquez le code régional			Sexe		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro d'assurance sociale			N° du permis de chasse général		
Date de naissance		A M J		Langue	

1. a) Date de l'accident | A | M | J | Heure

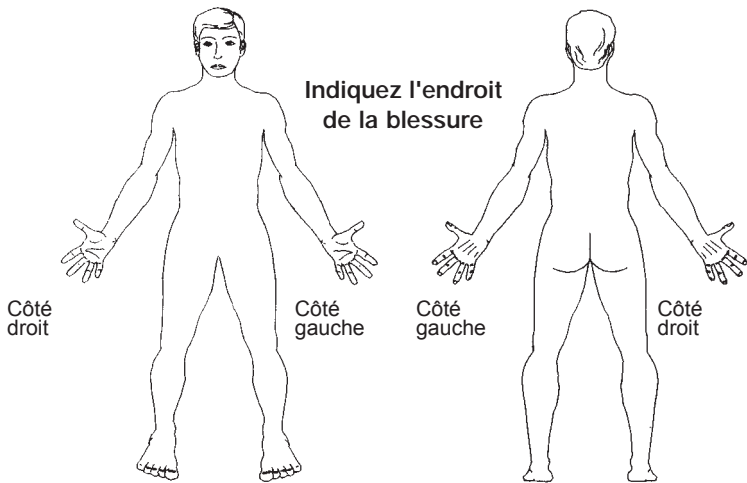
b) Avez-vous cessé de travailler depuis votre accident? Précisez. | A | M | J | Heure

c) Quand êtes-vous allé chez le médecin ou à l'infirmierie? | A | M | J | Heure

d) Si vous n'êtes pas allé chez le médecin ou à l'infirmierie sur-le-champ, expliquez

e) Où l'accident est-il survenu?

2. Décrivez comment l'accident est survenu et où vous vous êtes blessé? Soyez précis, par ex., en soulevant un objet ou en tombant d'environ x pieds ou mètres. Au besoin, précisez si votre blessure est à gauche ou à droite. Indiquez depuis combien de temps vous effectuez ce travail. Joignez des feuilles additionnelles au besoin.



3. Important - S'il y avait des témoins, indiquez leur nom et leur adresse

Nom et adresse postale, indiquez le code postal	Nom et adresse postale, indiquez le code postal
_____	_____
_____	_____

**REMP LISSEZ LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE
ET FAITES-LE PARVENIR IMMÉDIATEMENT À LA CAT**

4.	a) Indiquez le nom du médecin ou de l'infirmière.			
	b) Indiquez le nom de l'hôpital ou de l'infirmière où vous vous êtes rendu.	Quand?	A M J	
	c) Si vos dents ont été endommagées, indiquez le nom de votre dentiste.			
5.	a) Avez-vous déjà souffert d'une invalidité semblable?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Expliquez.
	b) Avez-vous déjà fait une demande d'indemnisation auprès de la CAT?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez les dates et la nature de la blessure.
6.	a) Avez-vous repris votre travail?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez la date.
	b) Si vous n'avez pas repris votre travail, indiquez la date où vous prévoyez le reprendre.		A M J	
	c) Si vous avez travaillé depuis votre accident, indiquez les dates.	Du	A M J	au A M J
7.	Indiquez les revenus d'emploi ou d'autres sources que vous avez touchés au cours des 12 mois qui ont précédé votre accident?			
	Nom de la compagnie	Du	A M J	au A M J Total des revenus
	Nom de la compagnie	Du	A M J	au A M J Total des revenus
	Nom de la compagnie	Du	A M J	au A M J Total des revenus
8.	Total des revenus provenant de l'exploitation de ressources renouvelables (ex., vente de gibier, poissons, fourrure, etc.)			
		Du	A M J	au A M J Total des revenus
9.	Renseignements additionnels ou commentaires			
<p>Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent sont vrais et exacts et que je choisis de faire une demande d'indemnisation pour les blessures ou maladies indiquées ci-dessus. J'autorise par la présente la Commission et les comités de réexamen à demander et à examiner les rapports des médecins, des professionnels qualifiés ou les rapports d'hôpital concernant tout examen, traitement, antécédents médicaux et professionnels relatifs à ma personne. Je suis conscient que je commets une infraction criminelle si je fais sciemment une fausse déclaration ou si je travaille et touche un salaire pendant que je reçois des indemnités d'accident du travail sans en avoir prévenu la Commission. En ne remplissant pas le formulaire au complet, je risque de causer des retards dans le traitement de ma demande.</p>				
<p>Signé à _____ Date _____ Signature _____</p>				
<p>Les renseignements personnels, tel qu'ils sont définis dans la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>, fournis dans le présent sont aux seules fins d'administration de la <i>Loi des accidents du travail</i> et autorisés en vertu de cette dernière.</p> <p>Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le coordinateur des dossiers et de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée au 1-800-661-0792 ou au (867) 920-3888.</p>				

Siège social : C. P. 888 YELLOWKNIFE NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596;

ou

C. P. 669 • IQALUIT NT X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8501

C. P. 368 • RANKIN INLET NT X0C 0G0 • Téléphone : (867) 645-5600 • 1-877-404-8878 • Télécopieur : (867) 645-5601