COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Rapport de l'employeur sur un accident mortel

N° de dossier à la CAT	N° de la compagnie

NOM DE FAMILLE DU TRAVAILLEUR	NOM DE LA COMPAGNIE
PRÉNOM DU TRAVAILLEUR	ADRESSE POSTALE
ADRESSE COMPLÈTE	LIEU DE TRAVAIL DU TRAVAILLEUR / TÉLÉPHONE
	DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT: AA À HEURE / DATE ET HEURE DU DÉCÈS: AA À HEURE
ÂGE / SEXE / ÉTAT MATRIMONIAL / N° ASSURANCE SOCIALE	DÉCÈS SIGNALÉ LE AA À HEURE
DATE D'EMBAUCHE / PROFESSION	NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT OU DU CORONER

DÉTAILS DE L'ACCIDENT

SI VOUS RÉPONDEZ « OUI » À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS SUIVANTES, DONNEZ DES PRÉCISIONS. AU BESOIN, CONTINUEZ AU VERSO.

Le travailleur était-il propriétaire de l'entreprise, partenaire, sous-traitant ou apparenté à l'employeur? Était-il président, vice-président, administrateur, secrétaire ou trésorier de l'entreprise?	☐ Oui	☐ Non
L'accident est-il survenu à l'extérieur des T. N.-O. ou du Nunavut?	☐ Oui	☐ Non
Au moment de l'accident, le travailleur faisait-il un travail pour le compte d'un autre employeur?	☐ Oui	☐ Non
Se peut-il qu'une personne autre qu'un de vos employés ait été impliquée dans l'accident ou soit à blâmer?	☐ Oui	☐ Non
Selon vous, y a-t-il une raison pour ne pas verser d'indemnité?	☐ Oui	☐ Non

DRESSEZ LA LISTE DES PERSONNES À CHARGE EN INDIQUANT LEUR NOM, ADRESSE ET LIEN DE PARENTÉ AINSI QUE LE NOM, L'ADRESSE ET LE LIEN DE PARENTÉ DU PLUS PROCHE PARENT.

Indiquez le revenu total pour un an (52 semaines) ou pour la période la plus courte pendant laquelle il ou elle a occupé le même poste avant l'accident.

Revenu total _____ $ AA_____ À _____AA _____

Indiquez, le nombre de jours non payés et les raisons

Nombre de jours	Congés annuels	Maladie	Manque de travail	Autre (précisez)

Date de la mise en disponibilité	Salaire versé la journée de la mise en disponibilité	Salaire normal au moment de la mise en disponibilité	Précisez toute allocation ou indemnisation versée ou à verser en rapport avec cet accident
Nombre d'heures normales de travail au moment de la mise en disponibilité			

Date	Titre du responsable	Signature

Siège social : C. P. 8888 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

CS028F 0004

This form is also available in English.
ᑖᓐᓇᐊ ᐊᑐᐃᓐᓂᖅᑐᑦ ᑎᑎᕋᖅᑕᐅᓯᕐᔪᐃᑦ ᐃᓄᖅᑎᑑᖅᓴᓗᑎᒃ.
Taanna tatatirialik atuinnuinnauvuq Inuktitut.