



Rapport du travailleur (incapacité non traumatique)

REPLISSEZ ET FAITES PARVENIR À L'ADRESSE INDIQUÉE AU BAS DU FORMULAIRE.

ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.						
NOM DE LA MALADIE OU DE LA BLESSURE NON TRAUMATIQUE FAISANT L'OBJET DE VOTRE DEMANDE				N° DU DOSSIER		
NOM DE FAMILLE				NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL		
PRÉNOM(S)				ADRESSE POSTALE DE L'EMPLOYEUR - INDIQUEZ LE CODE POSTAL ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
ADRESSE POSTALE - INDIQUEZ LE CODE POSTAL						
NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE AUX T. N.-O. OÙ VOUS AVEZ DEVELOPPÉ VOTRE INCAPACITÉ. INDIQUEZ LE CODE POSTAL ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE.						
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - INDIQUEZ LE CODE RÉGIONAL						
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE						
DATE DE NAISSANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE	ÉTAT MATRIMONIAL	NUMÉRO D'ENFANTS	TITRE DU POSTE AU SEIN DE CETTE COMPAGNIE

DONNEZ LES DÉTAILS COMPLETS DE VOS ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS. N'OUBLIEZ PAS QUE TOUT RENSEIGNEMENT INEXACT RETARDERA L'ADMINISTRATION DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION.

AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST			
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	PÉRIODE		GENRE D'EXPOSITION ET D'EMPLOI
	DU	AU	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST			
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	PÉRIODE		GENRE D'EXPOSITION ET D'EMPLOI
	DU	AU	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

VEUILLEZ JOINDRE TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE EN VOTRE POSSESSION.

DATE	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