



Rapport du travailleur sur la prolongation de son invalidité

**POUR CONSERVER VOS DROITS D'INDEMNISATION,
VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE
DUMENT REMPLI.**

| | |
|---|---|
| Nom du travailleur <i>Prénom</i> | Employeur |
| Adresse postale - <i>indiquez le code postal.</i> | |
| Adresse résidentielle | Adresse - <i>indiquez le code postal.</i> |
| Téléphone - <i>indiquez le code régional.</i> | |
| N° du dossier de la CAT | |
| Date de l'accident | |
| Agent d'indemnisation | Téléphone - <i>indiquez le code régional.</i> |

| | |
|---|--|
| Indiquez votre adresse, code postal et numéro de téléphone, s'ils sont différents de ceux indiqués ci-dessus. | Indiquez nom de votre employeur actuel, son adresse, code postal et numéro de téléphone, s'ils sont différents de ceux indiqués ci-dessus. |
| | |
| | |
| | |

Décrivez votre état de santé depuis l'accident qui a causé votre blessure.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|---|---|
| Dates et nature des traitements médicaux depuis l'accident qui a causé votre blessure | Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant |
| | |
| | |
| | |

Pour tout achat de médicament d'ordonnance liés à votre blessure, veuillez remplir ce qui suit :

| Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin | Nom, adresse et numéro de téléphone de la pharmacie | Nom de la prescription et date d'achat | | | | |
|--|---|--|------|---|---|---|
| Nom | Nom | Nom | Date | A | M | J |
| Adresse | Adresse | Nom | Date | A | M | J |
| Code postal | Code postal | Nom | Date | A | M | J |
| Téléphone - <i>indiquez le code régional.</i> | Téléphone - <i>indiquez le code régional.</i> | Nom | Date | A | M | J |

Si vos collègues de travail ou superviseurs sont au courant que vos problèmes persistent, veuillez indiquer leur nom et leur adresse.

| Nom | Nom | Nom |
|-------------|-------------|-------------|
| Adresse | Adresse | Adresse |
| | | |
| | | |
| Code postal | Code postal | Code postal |

Si un autre incident est survenu et a aggravé votre invalidité, veuillez le préciser.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Qu'est-ce qui vous fait croire que votre état de santé actuel est le résultat de votre accident?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Ajoutez tout autre renseignement qui justifierait la prolongation de vos indemnités.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Si vous avez cessé de travailler en raison de votre invalidité, veuillez indiquer les dates.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | |
|-----------|------|
| Signature | Date |
|-----------|------|

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