

Numéro d'incident (Claim #)

**3**

**Renseignements sur le travailleur**

|                        |   |                        |                                     |  |
|------------------------|---|------------------------|-------------------------------------|--|
| Nom                    |   | Prénom                 |                                     |  |
| Adresse                |   |                        | Localité                            |  |
| Province               | Code postal   | N° de téléphone<br>( ) | Date de naissance<br>JJ / MM / AAAA | N° d'immatriculation de santé provincial |
| N° d'assurance sociale | Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> | Titre du poste         |                                     |  |

**Renseignements sur l'employeur**

|                  |          |                               |                        |  |
|------------------|----------|-------------------------------|------------------------|--|
| Nom d'entreprise |          | Adresse (y compris le bureau) |                        |  |
| Localité         | Province | Code postal                   | N° de téléphone<br>( ) |  |

**Détails sur l'incident**

|   |   |
|---|---|
| Date de l'incident<br>JJ / MM / AAAA  | Parties du corps affectées                                    |
| Date de communication à l'employeur<br>JJ / MM / AAAA   | Nom et poste de la personne à qui l'incident a été communiqué |
| Décrivez l'incident de la façon la plus détaillée possible. (Servez-vous de feuilles mobiles au besoin. Nommez des témoins, s'il y a lieu.)   |   |
| Localité et province où l'incident a eu lieu  |   |
| L'incident s'est-il produit dans la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Sinon, précisez le nom du propriétaire du lieu, ainsi que l'adresse. |   |

**Nom et adresse des médecins et/ou de l'hôpital ayant fait la prestation des soins (Joindre une feuille mobile, s'il y a lieu.)**

|     |         |                                     |
|-----|---------|-------------------------------------|
| Nom | Adresse | Date de la visite<br>JJ / MM / AAAA |
| Nom | Adresse | Date de la visite<br>JJ / MM / AAAA |

**Temps et rémunération perdus (À remplir seulement si vous avez été absent autrement que le jour de l'incident.)**

|   |  |
|---|--|
| Heure et journée depuis lesquels vous n'avez pas travaillé après l'incident? JJ / MM / AAAA à HEURE   |  |
| Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand? JJ / MM / AAAA à HEURE  |  |
| Votre employeur vous a-t-il rémunéré pendant votre absence? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Avez-vous d'autres sources de revenu? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non              |
| Combien d'heures travaillez-vous par semaine? Si cela varie d'une semaine à l'autre, veuillez préciser.   | Quels sont vos jours de congé habituels? Si cela varie, veuillez préciser.                                   |
| Combien gagnez-vous de l'heure actuellement?<br>\$  | Quelle est votre rémunération brute? (par semaine, par deux semaines, etc.)<br>\$                            |
| Quelles est votre situation familiale?<br><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé  | Votre conjoint ou conjoint de fait travaille-t-il? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Êtes-vous en mesure de demander une déduction dans votre déclaration de revenus de l'année en cours pour:   |  |
| enfant à charge âgé de 18 ans ou moins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Si oui, indiquez le nombre d'enfants _____   |
| personne handicapée à charge âgée de 18 ans ou plus? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Si oui, indiquez le nombre de personnes handicapées _____  |
| frais de garde d'enfants? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Si oui, estimez la déduction pour l'année financière en cours _____ \$                                       |
| versements pour le soutien d'un enfant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Si oui, indiquez le montant _____ \$ Total pour l'année _____ \$   |
| versements pour l'entretien du conjoint? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Si oui, indiquez le montant _____ \$ Total pour l'année _____ \$   |
| Avez-vous fait une demande de revenu ailleurs? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, veuillez préciser.<br>(p. ex. assurance-emploi, régime de pensions du Canada assurance sociale),<br>régime d'assurance invalidité de l'entreprise, etc.) |  |

|                    |                                  |          |
|--------------------|----------------------------------|----------|
| Nom du travailleur | N° de la demande d'indemnisation | <b>3</b> |
|--------------------|----------------------------------|----------|

### Couverture

|  |   |
|--|---|
| Parmi les personnes impliquées dans l'incident, y en avait-il qui n'étaient pas embauchées par votre employeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                               | Si oui, indiquez le nom et l'adresse.   |
| Êtes-vous directeur de l'entreprise, un associé ou le propriétaire unique? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   |   |
| Êtes-vous un sous-traitant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Si oui, précisez: <input type="checkbox"/> industrie de la construction ou <input type="checkbox"/> industrie forestière (Remplir les sections applicables ci après)            |
| Êtes-vous un propriétaire exploitant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Si oui, précisez: <input type="checkbox"/> messagerie ou <input type="checkbox"/> camionnage ou <input type="checkbox"/> remorquage (Remplir les sections applicables ci après) |
| <b>Répondez aux questions suivants si l'incident s'est produit entre le 1<sup>er</sup> janvier 1992 et le 31 décembre 2005.</b>  |   |
| Êtes-vous un membre de la famille de votre employeur (ou, si l'employeur est use société, un membre de la famille du directeur de la société)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Si oui, demeurez-vous avec l'employeur ou le directeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |   |

### Sous-traitant ou propriétaire exploitant: (à remplir seulement si vous êtes sous-traitant ou propriétaire exploitant)

|  |   |
|--|---|
| Êtes-vous inscrit au régime du WCB d'un employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si non, êtes-vous inscrit vous-même au régime du WCB? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Travaillez-vous en association? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                    | Avez-vous des employés? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                               |

### Sous-traitant dans l'industrie de la construction

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Fournissez-vous du matériel ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui, veuillez préciser. |
|---|----------------------------|

### Sous-traitant dans l'industrie forestière

|  |  |
|--|--|
| Fournissez-vous du matériel ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | Si oui, veuillez préciser.                                   |
| Coupez-vous le bois à titre de détenteur de la convention d'achat, du permis de vente du bois ou du permis de scierie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si non, au nom de quel détenteur de convention ou de permis? |

### Propriétaire qui exploite un service de messagerie

|  |
|--|
| Quel est le poids nominal brut du véhicule? (Voir la carte d'immatriculation Autopac.) |
|--|

### Propriétaire qui exploite un camion

|  |  |
|--|--|
| Transportez-vous dans un rayon de 16 km de la localité dans laquelle est situé votre résidence d'emploi? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Êtes-vous un conducteur de camion sur longue distance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Fournissez-vous un véhicule? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | Si oui, combien de véhicules fournissez-vous?  |

Je comprends que, en vertu de la Loi sur les incidents du travail, le WCB peut recueillir des renseignements à mon sujet pour prendre une décision relativement à ma demande d'indemnisation ou pour en gérer l'exécution, que ces renseignements peuvent être divulgués à mon employeur ou à son représentant pour les besoins des programmes du WCB ou être divulgués à d'autres selon la législation applicable, y compris la *Loi sur les accidents du travail*, la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée*. Les renseignements recueillis peuvent également être utilisés par le WCB pour faire des évaluations ou mener des sondages.

Veuillez adresser toute question relative à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements sur votre demandes d'indemnisation à l'agent d'accès à l'information et de protection de la vie privée, en composant le 954-4557 ou le 1-800-362-3340, poste 4557 (sans frais).

#### Autorisation pour divulguer des renseignements médicaux

J'autorise les personnes en possession de renseignements à mon sujet, médicaux ou autres, à les divulguer au WCB, sur demande, si le WCB détermine qu'ils ont un lien avec ma demande d'indemnisation.

#### Autorisation accordée à l'Agence du revenu du Canada (ARC)

J'autorise l'ARC à donner au WCB une copie de ma déclaration fiscale et d'autres renseignements, y compris tout feuillet, toute annexe ou tout état financier à l'appui. Cette information servira:

- (1) à établir ma rémunération nette moyenne;
- (2) à déterminer et à vérifier mon admissibilité aux prestations en vertu de la *Loi sur les incidents du travail*.

L'autorisation s'applique aux deux années précédant l'année de la signature, à l'année de la signature et à chacune des années suivantes pendant lesquelles des prestations sont versées.

|                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| Signature du travailleur<br><b>X</b> | Date<br>JJ / MM / AAAA |
|--------------------------------------|------------------------|