



## Demande de garanties annexes pour employés travaillant à l'extérieur du Canada

401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8; téléphone : 867-667-5645; sans frais : 1-800-661-0443; télécopieur : 867-393-6279; site Web : www.wcb.yk.ca

**NOTA** : Imprimez la présente demande, remplissez-la et envoyez-la par la poste ou par télécopieur à la CSSTY.

Nom de l'employeur <sup>1</sup> _____	Numéro de l'employé _____
Nom de l'entreprise _____	Téléphone _____
Adresse de l'employeur _____	
<b>Employés travaillant à l'extérieur du Canada :</b>	
1. Nom : _____	Ce travailleur est-il un résident du Yukon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps cet employé travaille-t-il pour l'employeur du Yukon mentionné ci-dessus?	
2. Nom : _____	Ce travailleur est-il un résident du Yukon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps cet employé travaille-t-il pour l'employeur du Yukon mentionné ci-dessus?	
<b>NOTA</b> : Si plus de deux personnes doivent aller travailler à l'extérieur du Canada, utilisez une feuille distincte pour fournir tous les renseignements demandés pour chacune d'elles et joignez-la à la présente demande.	
Précisez le lieu de travail : _____	
Représentant de la CSST dans le pays où sera effectué le travail : _____	
Le travail à l'extérieur du Canada aura lieu du _____ au _____ AA/MM/JJ AA/MM/JJ	
Description du travail qui sera exécuté : _____ _____ _____	
Le travail exécuté à l'extérieur du Canada est-il semblable au travail effectué habituellement par cette entreprise au Yukon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<small><sup>1</sup> Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.</small>	

Je, _____, déclare par la présente que les renseignements fournis dans le présent document sont vrais et exacts.	
Nom (veuillez écrire en lettres détachées) _____	
_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Date</i>
<b>Nous vous communiquerons, dans les deux à trois jours ouvrables suivant la réception de votre demande, la décision qui aura été rendue au sujet de celle-ci. Si vous n'avez rien reçu dans le délai mentionné ou si vous avez besoin d'une réponse immédiate, veuillez téléphoner à la CSSTY, au 867-667-5095 ou, sans frais, au 1-800-661-0443.</b>	

\*Veuillez noter que, conformément à l'article 7(4), un travailleur ou la personne à charge du travailleur doit aviser la Commission de son intention de réclamer une indemnisation en vertu de cet article dans les 30 jours suivants la date où le travailleur s'est blessé au travail.

Les employeurs doivent aviser la Commission de toute blessure ou perte de temps dans un délai de 3 jours.

<b>À USAGE INTERNE</b> : La demande est <input type="checkbox"/> approuvée <input type="checkbox"/> refusée	
_____ <i>Directeur des cotisations</i>	_____ <i>Date</i>