

INFORMATION SUR VOTRE EMPLOYÉ			
Nom de famille de l'employé(e)		Prénom de l'employé(e)	
		Initiale <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse postale _____		Téléphone (domicile)	
_____		Téléphone (travail)	
_____		Courriel	
Date de naissance (j-m-a)	Employez-vous régulièrement plus de 20 personnes en période de pointe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro d'assurance sociale	
Nom et adresse de l'employeur (y compris le ministère, le cas échéant)		Occupation	
_____		Nom du superviseur/de la superviseure	
_____		Téléphone de l'employeur	
_____		Cellulaire de l'employeur	

CIRCONSTANCES DE LA BLESSURE OU MALADIE			
Date de la blessure ou maladie. Si la lésion est survenue au fil du temps, indiquez la date à laquelle le travailleur/la travailleuse a signalé ses problèmes à l'employeur pour la première fois. (j-m-a)		Heure _____ <input type="checkbox"/> du matin <input type="checkbox"/> de l'après-midi	
Quel équipement était utilisé?		Partie du corps touchée (précisez si côté droit ou côté gauche)	
Que s'est-il passé? _____			
Avez-vous des raisons de croire que cette demande devrait être refusée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand la lésion ou la maladie a-t-elle été signalée au supérieur immédiat?		
Est-ce que le travailleur/la travailleuse a transmis un signalement d'une blessure ou d'une maladie professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ville, localité ou endroit où la blessure est survenue		
Les premiers soins ont-ils été administrés sur place? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, inclure une fiche de premiers soins	Les lésions sont-elles survenues sur la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Est-ce que l'employé(e) effectuait des tâches liées à son travail lorsque la lésion est survenue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que le travailleur/la travailleuse a consulté un médecin hors du lieu de travail? Oui Non	Est-ce que le travailleur/la travailleuse s'est absenté(e) du travail après le jour où la lésion est survenue? Oui Non	Si oui, il faut faire une réclamation pour pertes d'heures de travail. Remplissez la partie ci-dessous.	

RÉCLAMATION POUR PERTES D'HEURES DE TRAVAIL	
Est-ce que le travailleur/la travailleuse est retourné(e) au travail? Oui Non	Si oui, quand (j-m-a)? _____
Si non, y a-t-il un plan de retour au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Indiquez le montant du salaire brut du travailleur/de la travailleuse pour les 2 périodes de paie complètes précédant la blessure ou la maladie	
Date de début : _____	Date de fin : _____ \$
Date de début : _____	Date de fin : _____ \$
OU : Qui doit-on contacter pour obtenir cette information? _____	
* Il se peut qu'on vous contacte pour obtenir des précisions sur la réclamation Téléphone _____	

Ce rapport doit être envoyé dès que possible à la Commission de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs. Les employeurs recevront une amende si ce rapport n'est pas remis dans les 3 jours suivant la constatation de la blessure. Le rapport peut être soumis par télécopieur, par la poste ou en personne à nos bureaux.

Les blessures graves (fractures, perte de conscience, etc.) doivent être signalées à la Commission de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs du Yukon **SUR-LE-CHAMP**. Téléphonnez au 867-667-5450 ou au 1-800-661-0443.

À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS	
Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont exacts et complets et que je suis autorisé à signer ce rapport pour l'employeur.	
Signature _____	Date (j-m-a) _____
Nom en lettres moulées _____	Téléphone _____
Ces renseignements sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs</i> aux fins de déterminer l'admissibilité aux prestations. Pour en savoir plus, téléphoner au 867-667-5645 ou au 1-800-661-0443.	