

PRINTED: 13-10-2026

Vous devez seulement remplir la demande d'indemnisation si vous réclamez des indemnités au Yukon. La demande doit être soumise dans les 12 mois suivant la lésion ou le décès.

Veillez prévoir de 30 à 40 minutes pour remplir ce formulaire

Renseignements sur l'employeur

* Dénomination sociale de l'entreprise

Quel nom d'entreprise est indiqué sur votre talon de paie?

Nom commercial ou ministère

* Numéro

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Code postal

* Pays

* L'adresse postale est-elle la même que l'adresse municipale?

Oui

Non

Adresse postale (character limit: 570)

À remplir seulement si votre adresse postale diffère de l'adresse ci-dessus

* Nom de la personne-ressource de l'employeur

Indiquez le nom de la personne à contacter au sujet de votre réclamation

PRINTED: 13-10-2026

* Téléphone de la personne-ressource de l'employeur (ex: (999) 999-9999)

* Titre de cette personne-ressource

Directeur

Ressources humaines

Représentant Santé et Sécurité

Propriétaire d'entreprise

Autre

* Courriel de la personne-ressource de l'employeur (ex: you@wcb.yk.ca)

Renseignements sur le travailleur/la travailleuse

* Prénom

Tel qu'il figure sur une pièce d'identité valide émise par le gouvernement

Second prénom

* Nom de famille

Tel qu'il figure sur une pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement

* Genre

Homme

Femme

Autre

* Date de naissance (DD/MM/YYYY)

/

/

Numéro d'assurance sociale

Doit compter 9 chiffres (trois groupes de trois chiffres)

* Date de décès du travailleur/de la travailleuse (DD/MM/YYYY)

/

/

PRINTED: 13-10-2026

Renseignements sur l'emploi

* Quel emploi la personne au travail occupait-elle au moment où la lésion est survenue?

Quelle est son appellation d'emploi et quel type de travail effectuait-elle?

* La personne était-elle associée, propriétaire ou titulaire au sein de cette entreprise?

Oui

Non

Associé(e)

Propriétaire

Titulaire

Renseignements sur la lésion liée au travail

* Décrivez, selon les informations dont vous disposez, ce qui a causé l'incident à l'origine du décès du travailleur/de la travailleuse. (character limit: 570)

* S'agit-il d'un accident de véhicule automobile?

Oui

Non

Renseignements sur la personne faisant la demande

Les renseignements fournis dans cette partie nous aideront à déterminer l'admissibilité d'un(e) conjoint(e), d'une personne à charge ou de la succession de la personne décédée à une indemnisation.

* Avez-vous besoin de services d'interprétation ou de traduction?

Oui

Non

Si oui, vers quelle langue?

* Quel est votre lien avec la personne décédée?

Conjoint(e)

Personne à charge

Exécuteur/exécutrice testamentaire ou administrateur/administratrice de la succession du travailleur/de la travailleuse

Autre (veuillez téléphoner au 667-5645 ou, sans frais, au 1-800-661-0443 et demandez à parler au responsable des Services aux demandeurs)

PRINTED: 13-10-2026

« conjoint(e) » désigne une personne avec qui le travailleur/la travailleuse cohabitait le jour du décès de cette dernière, et
(a) soit avec qui le travailleur/la travailleuse était légalement marié(e) à cette date,
(b) soit avec qui le travailleur/la travailleuse cohabitait en couple pendant au moins les 12 mois précédant cette date.

« personne à charge » désigne un membre de la famille du travailleur/de la travailleuse qui dépend entièrement ou partiellement des gains du travailleur/de la travailleuse pour les nécessités de la vie ou qui, n'eut été la lésion professionnelle du travailleur/ de la travailleuse, aurait eu cette dépendance.

« exécuter/exécutrice testamentaire » ou « administrateur/administratrice de la succession » correspond à la personne désignée par un testament ou par la cour pour gérer la succession du travailleur

Renseignements sur le conjoint/la conjointe

* Prénom

* Nom de famille

* Numéro

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Code postal

* Pays

* Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

* Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

PRINTED: 13-10-2026

* Veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale

Nous avons besoin de votre numéro d'assurance sociale pour vous verser des prestations. Doit comporter 9 chiffres (trois groupes de trois chiffres)

* Êtes-vous légalement marié(e) au travailleur/à la travailleuse?

Oui

Non

* Le jour du décès du travailleur/de la travailleuse, nous cohabitons en couple depuis au moins 12 mois

Oui

Non

* Le travailleur/la travailleuse décédé(e) avait-il/elle des enfants?

Oui

Non

* Veuillez indiquer le nombre d'enfants
Si ces enfants ont moins de 19 ans ou qu'ils sont aux études, veuillez indiquer leur nom, leur date de naissance et leur lieu de résidence (avec vous, votre conjoint(e) ou une autre personne). Si vos enfants ont entre 19 et 21 ans, et qu'ils sont aux études, ils sont admissibles à une aide financière.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (DD/MM/YYYY)	Habite-t-il/elle avec vous?
		/ /	Oui
			Non
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (DD/MM/YYYY)	Habite-t-il/elle avec vous?
		/ /	Oui
			Non
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (DD/MM/YYYY)	Habite-t-il/elle avec vous?
		/ /	Oui
			Non
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (DD/MM/YYYY)	Habite-t-il/elle avec vous?
		/ /	Oui
			Non
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (DD/MM/YYYY)	Habite-t-il/elle avec vous?
		/ /	Oui
			Non

PRINTED: 13-10-2026

Il est possible qu'on vous demande de présenter les documents suivants une fois que la demande est acceptée.

Certificat de mariage

Preuve de common law (par exemple, transmettre la preuve que : votre conjoint(e) vous avait inscrit(e) à son régime d'assurance auprès de son employeur; l'Agence du revenu du Canada avait été informée de votre état matrimonial; vous et votre conjoint(e) payiez tous les deux le même loyer; vous et votre conjoint(e) remboursiez tous les deux le même prêt hypothécaire; vous et votre conjoint(e) aviez un compte conjoint dans une institution bancaire; vos factures et celles de votre conjoint(e) étaient envoyées à la même adresse; votre permis de conduire et celui de votre conjoint(e) indiquent la même adresse; votre carte d'assurance maladie et celle de votre conjoint(e) indiquent la même adresse; le registre des électeurs indique la même adresse pour vous et votre conjoint(e); vous et votre conjoint partagez les obligations domestiques et vous présentiez comme un couple habitant ensemble.)

Certificats de naissance des enfants

Confirmation de l'inscription des enfants dans un établissement d'enseignement.

Copie du certificat de décès, si vous l'avez

Renseignements sur les personnes à charge

* Prénom

* Nom de famille

Numéro

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Code postal

* Pays

* Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

* Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

PRINTED: 13-10-2026

* Numéro d'assurance sociale

Nous avons besoin de votre numéro d'assurance sociale pour vous verser des prestations. Doit compter 9 chiffres (trois groupes de trois chiffres)

* Date de naissance (DD/MM/YYYY)

/

/

* Êtes-vous inscrit(e) à temps plein dans un établissement d'enseignement?

Oui

Non

Il est possible qu'on vous demande de présenter les documents suivants une fois que la demande est acceptée.

Preuve d'inscription dans un établissement d'enseignement, le cas échéant
Copie de votre certificat de naissance

Renseignements sur l'exécuteur/exécutrice testamentaire ou l'administrateur/administratrice de la succession

* Prénom

* Nom de famille

* Numéro

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Code postal

* Pays

* Téléphone principal (ex: (999) 999-9999)

PRINTED: 13-10-2026

* Courriel (ex: you@wcb.yk.ca)

Vous devrez fournir une preuve confirmant que vous êtes l'exécuteur/exécutrice testamentaire ou l'administrateur/administratrice de la succession du travailleur/de la travailleuse décédé(e) Veuillez contacter le responsable des Services aux demandeurs au 667-5319 pour plus de renseignements sur les documents acceptés.

Signature, consentement et déclaration

Les renseignements fournis sont recueillis aux fins de l'application de la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs en conformité avec la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Pour toute question relative à la collecte de ces renseignements, veuillez contacter l'agent de la protection de la vie privée au 401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8, ou téléphonez au 867-667-5642 ou au 1-800-661-0443.

Je reconnais que la communication électronique de renseignements comporte des risques de sécurité, comme toute autre forme de communication. En dépit des risques inhérents à la communication électronique, je consens à l'utilisation de moyens électroniques pour transmettre et recevoir des renseignements, y compris des renseignements confidentiels et personnels entre la Commission de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs (la Commission) et moi. Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Commission reçoive, par écrit, une demande de révocation.

En cochant cette case, je déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts. J'autorise la communication de tous renseignements pertinents, entre autres relatifs à ma santé et à mon emploi, à la Commission, peu importe la provenance de ces renseignements. J'autorise la Commission à divulguer à des fournisseurs de soins de santé, à des hôpitaux, à des médecins, à mes employeurs, à d'autres commissions d'indemnisation des accidents du travail, ainsi qu'à d'autres tiers intéressés, tous les renseignements nécessaires au traitement de ma réclamation, conformément à la loi.