

PRINTED: 20-10-2026

Remplissez la demande d'indemnisation seulement si vous réclamez des indemnités pour une perte de revenu ou pour des raisons médicales au Yukon. Vous devez soumettre une demande d'indemnisation dans les 12 mois suivant la lésion.

Pour nous aider à accélérer le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire de façon aussi complète que possible.

Veuillez prévoir de 30 à 40 minutes pour remplir le formulaire.

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 émise par le gouvernement.

Connu également sous le nom de

* Numéro

Numéro de logement

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Pays

* Code postal

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

Oui

Non

PRINTED: 20-10-2026

Adresse postale (character limit: 570)

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

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

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 et moi. Ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Commission reçoive, par écrit, une demande de révocation.

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

Autre téléphone (ex: (999) 999-9999)

Téléphone au travail (ex: (999) 999-9999)

* Genre

Homme

Femme

Autre

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

Oui

Non

Vers quelle langue?

* Date de naissance (DD/MM/YYYY)

/

/

Renseignements sur l'employeur

* Dénomination sociale de l'entreprise

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

PRINTED: 20-10-2026

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)

Remplir seulement si l'adresse postale est différente de l'adresse fournie ci-dessus

* Nom de la personne-ressource de l'employeur

Indiquez le nom de la personne à contacter au sujet de votre demande d'indemnisation et de vos options de retour au travail.

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

* Titre de cette personne-ressource

Superviseur

Directeur

Ressources humaines

Représentant Santé et Sécurité

Propriétaire d'entreprise

Autre

PRINTED: 20-10-2026

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

Renseignements sur la lésion liée au travail

Pour que l'indemnisation soit versée, vous devez signaler votre lésion liée au travail à votre employeur.

* Date de la lésion liée au travail (DD/MM/YYYY)

/

* Heure de la lésion liée au travail (HH:MM)

AM PM

* Avez-vous signalé cette lésion à votre employeur?

Oui

Non

* Quel emploi occupiez-vous au moment où la lésion est survenue?

Quel est le titre de votre poste? Quel type de travail effectuez-vous?

* Êtes-vous associé(e), propriétaire ou titulaire de cette entreprise?

Oui

Non

Propriétaire

Associé(e)

Titulaire

Prénom de la personne sur votre lieu de travail à qui vous avez signalé la lésion

Nom de famille de la personne sur votre lieu de travail à qui vous avez signalé la lésion

Téléphone principal de la personne à qui vous avez signalé la lésion (ex: (999) 999-9999)

* Qu'est-ce qui a causé votre lésion liée au travail? (character limit: 570)

* Quelle partie de votre corps a été touchée?

PRINTED: 20-10-2026

* Cette partie de votre corps a-t-elle déjà été blessée auparavant?

Oui

Non

* Quel équipement étiez-vous en train d'utiliser?

Sélectionner « Oui » ne vous empêche pas d'obtenir l'indemnité.

* Étiez-vous en train de travailler pour votre employeur lorsque la blessure est survenue?

Oui

Non

* La lésion est-elle survenue dans les locaux de votre employeur?

Oui

Non

Si non, veuillez préciser

* Quel était votre horaire de travail le jour où vous vous êtes blessé(e)? (HH:MM)

AM PM

À quelle heure avez-vous commencé votre journée de travail?

AM PM

À quelle heure avez-vous terminé votre journée de travail?

* Votre lésion liée au travail est-elle survenue au Yukon?

Oui

Non

Veuillez indiquer où au Canada la lésion est survenue

Si la lésion liée au travail n'est pas survenue au Canada, où est-elle survenue?

Veuillez indiquer où, à l'extérieur du Canada, la lésion liée au travail est survenue.

* Avez-vous reçu des soins médicaux?

Oui

Non

Nom de la clinique, de l'hôpital ou du bureau du médecin (character limit: 570)

Si vous avez consulté du personnel médical à l'extérieur du Yukon, veuillez indiquer le nom du cabinet médical, ainsi que la ville et la province ou le territoire où il est situé.

PRINTED: 20-10-2026

* Date de la consultation (DD/MM/YYYY)

/

* Nom de la personne qui vous a soigné

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

Oui

Non

Votre blessure est-elle une blessure psychologique ?

Oui

L'accident impliquait-il un train, un avion ou une automobile?

Non

* Veuillez cocher une réponse. Votre lésion liée au travail est survenue

Sur une période donnée (ex. épicondylite au coude causée par la surutilisation du bras)

À un moment précis (ex. cassure du poignet due à une chute)

Renseignements sur la lésion professionnelle

Il pourrait falloir organiser l'évaluation des risques sur le lieu de travail pour recueillir des renseignements précis sur vos tâches, comme leur fréquence et les efforts impliqués pour les effectuer.

Quand avez-vous remarqué vos symptômes pour la première fois? (DD/MM/YYYY)

/

Date à laquelle vous avez reçu le diagnostic pour votre lésion liée au travail (DD/MM/YYYY)

/

Date de votre première absence au travail due à votre lésion liée au travail (DD/MM/YYYY)

/

Veuillez nous donner le nom de tous les centres de santé (ou cliniques), hôpitaux et médecins visités ou consultés pour cette lésion liée au travail (character limit: 570)

Par centre de santé ou clinique, hôpital ou médecin, on entend aussi les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières praticiennes, les psychothérapeutes, les médecins de famille.

Ressources sur votre lésion liée au travail

Êtes-vous droitier/droitière ou gaucher/gauchère?

Droitier/droitière

Gaucher/gauchère

PRINTED: 20-10-2026

Partie(s) du corps touchées (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

Doigt(s) de la main gauche

Doigt(s) de la main droite

Main gauche

Main droite

Poignet gauche

Poignet droit

Avant-bras gauche

Avant-bras droit

Coude gauche

Coude droit

Épaule gauche

Épaule droite

Côté gauche du cou

Côté droit du cou

Haut du dos, côté gauche

Haut du dos, côté droit

Bas du dos, côté gauche

Bas du dos, côté droit

Hanche gauche

Hanche droite

Genou gauche

Genou droit

Pied gauche

Pied droit

Autre (côté gauche)

Autre (côté droit)

Si vous avez sélectionné « Autre », veuillez préciser.

Symptômes (vous pouvez cocher plus d'une réponse) :

Élanement

Picotement

Engourdissement

Faiblesse

Raideur

Douleur

Sensation de brûlure

Autres

Êtes-vous dans une ou plusieurs de ces situations?

Vous avez déjà subi une fracture ou une blessure à cette partie du corps.

Vous avez déjà fait des demandes d'indemnisation pour la même blessure (y compris auprès d'une autre commission d'indemnisation).

Vous souffrez d'une maladie inflammatoire (comme l'arthrite).

Vous fumez.

Vous avez des antécédents familiaux pour cette maladie.

Vous êtes enceinte.

Vous êtes en surpoids.

Qu'est-ce qui atténue vos symptômes? (character limit: 570)

PRINTED: 20-10-2026

Qu'est-ce qui aggrave vos symptômes? (character limit: 570)

Avez-vous des symptômes quand vous ne travaillez pas?

Oui

Non

Décrivez vos symptômes lorsque vous ne travaillez pas (character limit: 570)

Dressez la liste de vos 5 tâches principales, en commençant par celle que vous faites le plus souvent (character limit: 570)

Est-ce que quelque chose a changé dans votre travail?

Oui

Non

Expliquez ce qui a changé (character limit: 570)

Y a-t-il quelque chose dans votre travail ou vos tâches qui selon vous cause votre lésion liée au travail? (character limit: 570)

Outils utilisés, manière de les tenir, mouvement douloureux ou faux mouvement, etc.

Décrivez vos passe-temps à l'extérieur du travail (character limit: 570)

Jeux vidéo, couture, ébénisterie, chasse, etc.

Décrivez vos activités physiques à l'extérieur du travail (character limit: 570)

Sport d'équipe, course à pied, nage, etc.

Combien de temps passez-vous à l'ordinateur pour votre usage personnel chaque semaine?

PRINTED: 20-10-2026

Renseignements sur le revenu

Nous utiliserons les renseignements fournis sur votre revenu pour calculer vos prestation pour perte de gains. Nous vérifierons les renseignements concernant votre salaire avec votre employeur.

* Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?

* Veuillez décrire votre situation d'emploi actuelle

Saisonnier

Temps plein

Temps partiel

À la pièce

À la retraite

* Vous êtes-vous absenté(e) du travail après que votre lésion liée au travail est survenue?

Oui

Non

/

/

À quelle date avez-vous commencé à vous absenter?

* Numéro d'assurance sociale

Doit comporter 9 chiffres.

* Votre employeur continue-t-il à vous payer?

Oui

Non

Je ne sais pas

* Avez-vous un autre emploi, ou une autre source de revenus d'emploi?

Oui

Non

Autres renseignements concernant l'employeur (character limit: 570)

Donnez la liste de tous les autres endroits où vous avez travaillé durant la période de votre blessure.

* Êtes-vous retourné(e) au travail?

Oui – tâches normales

Oui – tâches modifiées

Non

PRINTED: 20-10-2026

* Quand êtes-vous retourné(e) au travail? (DD/MM/YYYY)

/

/

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 de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs, peu importe la provenance de ces renseignements. J'autorise la Commission à divulguer à des professionnels de la 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.