

PRINTED: 10-10-2026

Ce formulaire est utilisé pour présenter une demande d'indemnisation pour perte auditive.

Si votre audition s'est graduellement détériorée au fil des années, vous devez nous faire parvenir votre relevé d'emploi pour confirmer que vos antécédents professionnels au Yukon satisfont aux critères de la politique. Veuillez remplir et envoyer par la poste le formulaire de demande accessible sous ce lien :
Demande de dossier d'emploi à Service Canada..

Nota : Il faut compter jusqu'à 4 mois avant de recevoir votre relevé d'emploi de Service Canada. Pour accélérer le traitement de votre demande, veuillez à soumettre votre relevé d'emploi à la Commission dès que vous l'aurez reçu.

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
Portant également le nom de

* Numéro

* Rue

* Ville/Localité

* Province/Territoire

* Code postal

* Pays

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

Oui

Non

PRINTED: 10-10-2026

Adresse postale (character limit: 570)

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

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

Je reconnais que la communication électronique 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'emploi

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

Quelle est votre appellation d'emploi? Quel type de travail effectuez-vous?

PRINTED: 10-10-2026

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

Oui

Non

Associé(e)

Propriétaire

Titulaire

Renseignements sur la lésion

* Avez-vous signalé cette lésion à votre employeur?

Oui

Non

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)

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

Oui

Non

Si non, indiquez où la lésion est survenue. (character limit: 570)

* Décrivez en détail l'équipement ou l'environnement qui, selon vous, a causé votre perte auditive. (character limit: 570)

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

Oui

Non

* Où, à l'extérieur du Yukon, la lésion est-elle survenue?

PRINTED: 10-10-2026

À quel endroit à l'extérieur du Canada?

Veillez indiquer la ville et le pays où la lésion est survenue

* Avez-vous présenté une demande d'indemnisation pour perte auditive ou blessure à l'oreille auprès d'une autre commission d'indemnisation des travailleurs au Canada?

Oui

Non

* Avez-vous été exposé à des coups de feu?

Oui

Non

Quelle main utilisez-vous pour tirer?

Main droite

Main gauche

Date à laquelle votre perte auditive a été diagnostiquée la première fois (DD/MM/YYYY)

/

/

Où avez-vous subi votre examen de l'audition? (character limit: 570)

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

* Avez-vous consulté un médecin au sujet de vos oreilles pour une raison autre qu'une perte auditive?

Oui

Non

Veillez préciser (character limit: 570)

* Vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison de votre perte auditive?

Oui

Non

Quand vous êtes-vous absenté(e)? (DD/MM/YYYY)

/

/

* Numéro d'assurance sociale

Doit comporter 9 chiffres

PRINTED: 10-10-2026

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 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.

Veuillez soumettre votre relevé d'emploi de Service Canada et le rapport de votre examen d'audition dès que vous les aurez reçus.