

## DEMANDE DE RÉVISION PAR UN AGENT ENQUÊTEUR

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](http://www.wcb.yk.ca)

**La révision par un agent<sup>1</sup> enquêteur constitue la première étape du processus d'appel relatif à une demande d'indemnisation.**

Vous présentez cette demande de révision en vertu de l'article 53 de la *Loi sur les accidents du travail*, L.Y. 2008 (ci-après la *Loi*).

L'agent enquêteur révisera la décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord et il confirmera, modifiera ou infirmera cette décision.

**L'avis d'appel doit être déposé dans un délai maximal de 24 mois de la date à laquelle la décision a été rendue par la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon (CSSTY), en conformité avec l'article 52 de la Loi.**

<input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Employeur	Nom :
Adresse :		
Ville ou municipalité :		Code postal :
Téléphone (domicile) :		Téléphone (travail) :
Entreprise :		Numéro de dossier :
Nom du travailleur ou de l'employeur au moment où l'invalidité est survenue :		
Vous n'êtes pas d'accord avec la décision datée du (jj/mm/aa) :		

### A – MOTIF DE LA RÉVISION

Veillez expliquer en quoi la décision est inacceptable et de quelle façon celle-ci devrait être modifiée.

---



---



---



---

### B – MODES DE RÉVISION

Choisissez le mode de révision que vous préférez :

- Une révision documentaire sur la base des renseignements au dossier (*vous n'êtes pas tenu d'être présent*)  
 Une audience avec l'agent enquêteur

Souhaitez-vous soumettre de nouvelles preuves médicales ou autres?  Oui  Non

Inscrivez le nom de toutes les personnes qui témoigneront, y compris vous-même : \_\_\_\_\_

---

Veillez donner un bref aperçu du témoignage que vous ou vos témoins donnerez à l'audience :

---

Fournirez-vous de nouveaux renseignements par écrit?  Oui  Non

*Si oui, veuillez joindre ces renseignements au présent formulaire ou les faire parvenir à l'administration et aux autres parties au moins quatorze (14) jours avant la tenue de l'audience, faute de quoi l'audience pourrait être reportée ou ajournée.*

### C – REPRÉSENTATION

Qui vous représentera dans cette procédure? \_\_\_\_\_

*Si quelqu'un d'autre vous représente, veuillez remplir et joindre le formulaire « **Autorisation de représentation** ».*

### D – ACCÈS AU DOSSIER

Sur demande, les travailleurs (ou les personnes à charge d'un travailleur décédé) et les employeurs qui participent à un processus de révision, ou leur représentant, ont droit à une copie gratuite du dossier de demande d'indemnisation. Il est possible d'acheter des copies supplémentaires.

Pour obtenir une copie du dossier, vous devez soumettre le formulaire « **Demande d'accès au dossier** » à la CCSTY. On peut se procurer le formulaire au bureau de la CSSTY ou en faire la demande par téléphone, au 667-5645.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Pour de plus amples renseignements relatifs aux révisions ou aux appels, veuillez communiquer avec l'agent d'appel de la CSSTY, au 867-667-5645 ou, sans frais, au 1-800-661-0443.

**Nota** : Les renseignements fournis dans la présente sont recueillis en vertu des dispositions de la *Loi sur les accidents du travail*, L.Y. 2008 ou de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.Y. 2002, exclusivement à des fins de révision ou d'appel. Pour plus d'information sur la collecte de renseignements, veuillez communiquer avec le vice-président aux opérations/directeur financier de la CSSTY, au 867-667-5645 ou, sans frais, au 1-800-661-0443.

<sup>1</sup> Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.