

# Rapport de l'employeur sur une blessure fatale

Numéro de dossier à la CSIT :							
Nom du travailleur :		Nom de l'employeur :					
Prénom du travailleur :		Adresse postale :					
Adresse complète :							
				Téléphone :		Lieu de l'incident – Adresse, ville :	
				Date et heure de l'incident :		Date et heure du décès :	
				Date et heure du rapport : AA à			
Âge :	Sexe :	Situation de famille :	Numéro d'assurance sociale :				
Date d'embauche du travailleur :		Occupation :					
Nom et adresse du médecin ou du coroner présent :							
<p>Décrivez l'incident en donnant le plus de précisions possible. Indiquez ce que le travailleur faisait et l'équipement qu'il utilisait.</p>							
<p><b>Les questions auxquelles vous répondez « Oui » exigent une explication. Utilisez le verso du formulaire au besoin.</b></p> <p>Le travailleur décédé était-il propriétaire ou associé de l'entreprise, un entrepreneur ou un sous-traitant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Le travailleur occupait-il le poste de président, de vice-président, d'administrateur, de secrétaire ou de trésorier? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>L'incident a-t-il eu lieu à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Au moment de l'incident, le travailleur effectuait-il une tâche à d'autres fins que celles des activités pour l'employeur? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Une personne ne travaillant pas pour vous était-elle à blâmer pour l'incident ou était-elle en cause? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>À votre avis, y a-t-il motif de ne pas verser d'indemnisation? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>							
<p>Énumérez les membres de la famille du travailleur qui sont à sa charge. Indiquez leurs nom, adresse et relation. Nommez le plus proche parent.</p>							

**Tout renseignement découlant du processus de traitement des réclamations est confidentiel. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements peut être passible d'une amende en vertu des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*.**

Rempli par (en caractères d'imprimerie) :	Signé à (ville, village, municipalité) :	
Signature autorisée :	Téléphone :	Date :

Si vous aimeriez avoir de l'aide pour remplir ce formulaire ou avoir plus d'information, communiquez avec l'un des bureaux indiqués ci-dessous.  
Siège social : C.P. 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677

ou  
C.P. 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501

[www.wsc.nt.ca](http://www.wsc.nt.ca) • [www.wsc.nu.ca](http://www.wsc.nu.ca)