

Rapport du travailleur sur une maladie professionnelle

**REPLISSEZ LE FORMULAIRE ET ENVOYEZ-LE À
L'ADRESSE FIGURANT AU VERSO. ÉCRIVEZ LISIBLEMENT.**

Numéro de dossier à la CSIT

Nom de la maladie ou de la blessure non traumatique	Nom de l'employeur
	Adresse postale de l'employeur - (inclure le code postal et le numéro de téléphone)
Nom de famille	
Prénom(s)	
Adresse postale (inclure le code postal)	
	Numéros de téléphone et de télécopieur de l'employeur
Numéro de téléphone - (inclure l'indicatif régional)	
Numéro d'assurance sociale	
Date de naissance AA MM JJ	

**DÉCRIEZ VOS ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS EN DÉTAIL. DES RENSEIGNEMENTS
INCOMPLETS PEUVENT RETARDER LE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION.**

AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT

Nom, adresse (inclure le code postal) et numéro de téléphone de l'employeur	Période		Type d'exposition et de profession
	De	À	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT

Nom, adresse (inclure le code postal) et numéro de téléphone de l'employeur	Période		Type d'exposition et de profession
	De	À	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

Joignez tout autre renseignement en votre possession.

REPLIR ET SIGNER CE FORMULAIRE AVANT DE L'ENVOYER À LA CSIT.

REEMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je réclame une indemnisation pour blessure ou maladie liée au travail.

Divulgateion de renseignements – Je comprends que la CSIT utilise les renseignements ci-dessus à mon sujet aux seules fins de faire enquête au sujet de cette réclamation. Je comprends également que, pour traiter ma demande, la CSIT devra réunir plus de renseignements sur mon incident au travail, ainsi que mes antécédents médicaux et professionnels. Ce n'est qu'à ces fins particulières que la CSIT peut divulguer certains de mes renseignements personnels à des employeurs, à des membres de la profession médicale et à d'autres tierces parties pertinentes.

J'autorise la CSIT à fournir de tels renseignements à toutes les sources nécessaires et à les obtenir auprès de ces sources, ce qui comprend les dossiers d'hospitalisation, les dossiers médicaux et les relevés d'emploi.

Exactitude des renseignements – Je comprends que fournir des renseignements incomplets peut retarder le traitement de ma réclamation et que fournir de faux renseignements est illégal.

Je déclare que l'information ci-dessus est véridique et exacte. Je comprends que faire une fausse déclaration ou travailler et gagner un salaire tout en recevant des prestations sans en informer la CSIT peut constituer une infraction criminelle.

DATE	SIGNATURE
DATE	TÉMOIN

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.wscc.nt.ca • www.wscc.nu.ca