WSCC Workers' Safety & Compensation Commission | Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs

Rapport de l'employeur sur une blessure fatale

Numéro de dossier à la WSCC :	
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 de naissance : AAAA / MM / JJ	Date et heure du rapport : AA à
Âge : / Sexe : ☐ M ☐ F ☐ X / Situation de famille :	Nom et adresse du médecin ou du coroner présent :
Numéro d'assurance sociale :	
Date d'embauche du travailleur : / Occupation :	

Dans quel territoire le travailleur travaillait-il habituellement pour vous? ☐ Territoires du Nord-Ouest ☐ Nunavut ☐ Les deux
Si ce travailleur travaillait à la fois aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, dans quel territoire avez-vous déclaré son salaire?
☐ Territoires du Nord-Ouest ☐ Nunavut

Décrivez l'incident en donnant le plus de précisions possible. Indiquez ce que le travailleur faisait et l'équipement qu'il utilisait.

Les questions auxquelles vous répondez « Oui » exigent une explication. Utilisez le verso du formulaire au besoin.

Le travailleur décédé était-il propriétaire ou associé de l'entreprise, un entrepreneur ou un sous-traitant?	☐ OUI	☐ NON
Le travailleur occupait-il le poste de président, de vice-président, d'administrateur, de secrétaire ou de trésorier?	☐ OUI	☐ NON
L'incident a-t-il eu lieu à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut?	☐ OUI	☐ NON
Au moment de l'incident, le travailleur effectuait-il une tâche à d'autres fins que celles des activités pour l'employeur?	☐ OUI	☐ NON
Une personne ne travaillant pas pour vous était-elle responsable ou impliquée dans l'incident?	☐ OUI	☐ NON
À votre avis, y a-t-il motif de ne pas verser d'indemnisation?	☐ OUI	☐ NON

Énumérez les membres de la famille du travailleur qui sont à sa charge. Indiquez leurs nom, adresse et relation. Nommez le plus proche parent.

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 :

La WSCC peut utiliser ces renseignements pour appliquer la législation en vertu des pouvoirs dont elle dispose, notamment les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*, les *Lois sur la sécurité* ou les *Lois sur la santé et la sécurité dans les mines* et leurs règlements connexes, ainsi que pour communiquer avec vous relativement aux exigences prévues par la législation correspondante. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables soient mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

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.

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca
ou
Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca