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

Déclaration solennelle et réclamation d'un conjoint survivant

TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT- À SAVOIR : JE, _____
déclare solennellement que : (INSCRIVEZ LE NOM TOUT AU LONG)

1. Je suis le conjoint ou la conjointe de _____ , dont le décès a eu lieu
(NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE)

   le _____ (jour) de _____ (mois), _____ (année) à cause d'une blessure personnelle subie ou d'une maladie contractée

   _____ (jour) de _____ , (année) _____ à _____ .
(INDIQUEZ LE NOM DE LA VILLE OU D'UN AUTRE ENDROIT)

   alors que cette personne travaillait pour _____ avait pour activité principale celle d'exploitant de ressources renouvelables. (INDIQUEZ LE NOM DE L'EMPLOYEUR)

2. **Ma date de naissance est le _____ (jour) de _____ (mois) _____ (année).**

3. **Mon numéro d'assurance sociale est le : _____ .**

4. **J'ai épousé la personne susmentionnée ou ai vécu avec cette personne en tant que conjoint ou conjointe de fait à compter du**

   _____ (jour) de _____ (mois) _____ (année), à _____ .
(INDIQUEZ LE NOM DE LA VILLE OU D'UN AUTRE ENDROIT)

5. **À la date du décès de la personne susmentionnée, nous habitions ensemble en tant qu'époux et épouse et avons habité ensemble continuellement depuis notre mariage, exception faite de :**

_____

_____

_____

(S'IL Y A DES EXCEPTIONS, DONNEZ DES DÉTAILS. S'IL N'Y A PAS D'EXCEPTION, INDIQUEZ-LE.)

6. **Les enfants de la personne susmentionnée âgés de moins de 19 ans, âgés de 19 ans mais toujours aux études ou invalides et à charge peu importe leur âge, sont :**

Nom	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance	Résidence actuelle

7. Au moment de son décès, mon conjoint ou ma conjointe faisait vivre les autres enfants suivants toujours en vie :

Nom	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance	Résidence actuelle

Je réside au : _____ à _____
(ADRESSE MUNICIPALE ET/OU NUMÉRO DE CASE POSTALE) (VILLE OU AUTRE ENDROIT)

dans la province/le territoire de/du : _____ _____ _____
(PROVINCE/TERRITOIRE) (CODE POSTAL) (TÉLÉPHONE – INCLURE L'INDICATIF RÉGIONAL)

Je réclame une indemnisation en mon nom et celui des enfants mentionnés dans la présente. Je n'ai dissimulé aucun fait ou document en rapport avec cette réclamation. Je déclare que l'information est véridique et exacte. Je comprends qu'une fausse réclamation peut constituer une infraction criminelle.

_____
SIGNATURE

Déclaré en ma présence à _____ : à _____
(ADRESSE MUNICIPALE ET/OU NUMÉRO DE CASE POSTALE) (VILLE OU AUTRE ENDROIT)

dans la province/le territoire de/du _____ , en ce _____ jour de _____ (mois) _____ (année).

_____
COMMISSAIRE, JUGE DE PAIX OU NOTAIRE

NOTE: Lorsque vous envoyez cette réclamation à la CSIT, vous devez l'accompagner de copies de vos certificats de mariage et de naissance, de même que du certificat de naissance ou de baptême de chaque enfant.

Si vous aimeriez avoir de l'aide pour remplir ce formulaire ou avoir plus d'information, communiquez avec l'un des bureaux énumérés 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

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca

CS012 0824

This form is available in English.
ᑖᓐᓇ ᑎᑎᖅᑐᒐᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᖅ ᐃᓄᖅᑎᑦ.
Taanna tatatirialik atuinnuinnauvuq Inuktitut.