

Rapport du travailleur sur la prolongation de son invalidité

POUR FAIRE ÉVALUER VOTRE DEMANDE DE PROLONGATION DE VERSEMENT DE PRESTATIONS EN VERTU DE CETTE RÉCLAMATION, VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DUMENT REMPLI.

Renseignements sur la demande

Numéro de dossier à la CSIT :	Date originale de la blessure :
Type de blessure :	

Renseignements sur le travailleur

Prénom :	Nom de famille :
Adresse postale (inclure le code postal) :	
Adresse résidentielle :	
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	

Renseignements sur l'employeur

Nom d'entreprise :
Adresse postale (inclure le code postal) :
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :

Indiquez votre adresse, votre code postal et votre numéro de téléphone, s'ils ne correspondent pas à ce qui est indiqué ci-dessus : 	Indiquez le nom de votre employeur actuel, son adresse, son code postal et son numéro de téléphone, s'ils ne correspondent pas à ce qui est indiqué ci-dessus :
---	---

Décrivez votre état depuis la dernière fois où votre dossier était actif.

Dates et nature des traitements médicaux reçus depuis la blessure originale. 	Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant.
--	--

