

À l'usage de la CSST

N° de dossier CSST du travailleur

Poste de travail

1 • Identification du travailleur

Nom à la naissance	N° d'assurance maladie
Prénom	N° d'assurance sociale
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang	Appartement
Ville, localité	Date de l'événement
Province, pays	Code postal
N° de téléphone (résidence)	N° de téléphone (autre)
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance
Cochez si vous êtes : <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	

2 • Identification de l'employeur

Nom (raison sociale) de l'employeur	À l'usage de la CSST	
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang	Bureau	N° de dossier d'expérience
Ville, localité	Province, pays	Code postal
Nom de la personne à joindre		N° de téléphone

3 • Lieu de l'événement

Au Québec → Poste de travail Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)
 Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada.

4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.
 Profession ou métier exercé lors de l'accident

5 • Arrêt de travail

Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier jour travaillé	Retour au travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du retour	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)
--	--------------------------------	---	----------------	--

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale	Nombre de personne(s) mineure(s) à charge <input type="text"/> Nombre de personne(s) majeure(s) à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	Revenu annuel brut _____ \$ Expliquez : _____ Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise. Signature de l'employeur

8 • Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. Signature du travailleur ou de son représentant

Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent document dûment rempli et signé.

Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.	Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.)	N° de téléphone	Date du décès
--	--	-----------------	---------------

9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

Signature du travailleur

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la CSST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CSST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

