



Workers' Compensation Board

Commission des accidents du travail

2 Bloor Street East
Toronto, Ontario
M4W 3C3

Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)

Détails au verso.

Identification de l'employeur

Identification du travailleur

Historique de l'accident de la maladie professionnelle

Renseignements sur la demande d'indemnisation

Renseignements sur les gains et les pertes de salaire

N° de dossier			
Nom de l'entreprise		N° de l'entreprise	Groupe de taux n°
Adresse		Ville	Province
Usine, service ou lieu de travail		N° de référence du travailleur	N° de certificat du mineur
Nom de famille	Prénom	Sexe	État civil
Adresse (n°, rue, app.)		Ville	Province
Date d'embauche	Emploi au moment de l'accident et nombre d'années à cet emploi	Langue parlée si autre que le anglais	N° d'assurance sociale
Date et heure de l'accident	Date et heure où il fut signalé à l'employeur	Nom et adresse du (des) médecin(s) traitant(s)	

1. Comment s'est produit l'accident?
2. Expliquez à quelle activité se livrait le travailleur et l'effort requis.
3. Donnez la dimension, le poids et le type d'équipement ou d'appareils utilisés.
4. Décrivez la lésion, la partie du corps et le côté (droit ou gauche) atteints.
5. Où s'est produit l'accident?
6. Quelles circonstances ont mené à l'accident et quelles mesures préventives ont été prises en conséquence?
7. Donnez le nom et l'adresse des témoins ou personnes au courant de cet accident.

Veuillez répondre à TOUTES les questions — Pour les réponses "OUI", donnez des détails au bas de cette partie ou dans une lettre séparée.

<p>1. Dans l'entreprise, le travailleur blessé est-il propriétaire, dirigeant, conjoint de l'employeur, entrepreneur ou sous-traitant? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>2. L'accident s'est-il produit en dehors de l'Ontario? Si "oui", précisez la province canadienne ou le pays. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Une personne non employée par vous est-elle entièrement ou partiellement à blâmer pour cet accident? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Avez-vous des raisons de douter des faits entourant cet accident? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Au moment de l'accident, le travailleur faisait-il un travail autre que celui requis par son employeur? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>6. Y a-t-il eu inconduite grave et volontaire? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. A votre connaissance, le travailleur a-t-il déjà été victime d'une invalidité semblable? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Avez-vous des renseignements indiquant que le travailleur aurait pu retourner au travail plus tôt? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

Veuillez remplir cette section si le travailleur sera complètement ou partiellement handicapé après le jour de l'accident.

Donnez les gains bruts moyens le jour de l'accident et précisez: horaires quotidiens \$

Gains pour le dernier jour de travail: \$

Gains normaux pour le dernier jour de travail: \$

Précisez tout autre avantage versé et sa valeur hebdomadaire \$

Du formulaire TD1 de Revenu Canada, donnez: Demande d'exemption \$ nette Code de demande nette

Indiquez le type d'emploi

plein temps temps partiel occasionnel

indépendant apprenti

Date et heure de l'arrêt de travail	Date et heure du retour au travail						
Heures normales de travail le dernier jour							
De	A						
Durée approximative de l'absence au travail							
Indiquez les jours normaux de travail par C=jour complet, D=demi-journée et le total des heures de paye hebdomadaire							
D	L	M	M	J	V	S	Total
Si le travailleur a travaillé après le premier arrêt de travail, donnez les dates:		Du					m
		Au					m
Si vous avez avancé ou avancerez des paiements pour la période d'invalidité, donnez-en les détails, y compris les dates.							
Status	Injury	Injury	Forms	Sig.	App.		

Signature autorisée _____ Titre officiel _____ Date _____