

<b>À retourner à la CSSST</b>	
N° de dossier CSSST du travailleur	1 9 3 9
Poste de travail	1 9 3 9

<b>1 • Identification du travailleur</b>			
Nom à la naissance			
Prénom		N° d'assurance maladie	
Adresse N°	Boulevard, avenue, rue, rang	N° d'assurance sociale	
		Date de l'évènement	
Ville, localité		Date de récidive, rechute ou aggravation	
Province, pays	Code postal	Date de naissance	
N° de téléphone (résidence)	N° de téléphone (autre)	Sexe	M F
<b>2 • Identification de l'employeur</b>		Cocher si vous êtes :      bénévole      propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	
Nom (raison sociale) de l'employeur			
Adresse N°	Boulevard, avenue, rue, rang	Bureau	
Ville, localité		Nom de la personne à joindre	
Province, pays	Code postal	N° de téléphone	

<b>3 • Lieu de l'évènement</b>			
Au Québec	Poste de travail	Ailleurs dans l'établissement (stationnement, catégoria, etc.)	
Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada.			

<b>4 • Description de l'évènement</b>			
Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.			
Profession ou métier exercé lors de l'accident			

<b>5 • Arrêt de travail</b>			
Arrêt de travail	Date du dernier jour travaillé	Retour au travail	Date du retour
Oui Non		Oui Non	
		Même emploi	Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

<b>6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu</b>			
Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt		Revenu annuel brut	
Célibataire		Expliquez :	
Avec conjoint ou conjointe à charge		Nombre de personnes( mineur(s) à charge	
Avec conjoint ou conjointe non à charge		Nombre de personnes( majeur(s) à charge	
Famille monoparentale		Autre emploi	
		Occupiez-vous plus d'un emploi ?	
		Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ?	
		Oui Non	Oui Non

<b>7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail</b>	
J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.	
Signature de l'employeur	

<b>8 • Déclaration et autorisation</b>	
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'évènement 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

<b>9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé</b>	
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 CSSST 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 CSSST 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.	



1 9 3 9 (2011-05)