

## Saviez-vous que vous pouvez déclarer une lésion ou une maladie professionnelle en ligne?

Pour déclarer celles des membres de votre personnel, connectez-vous à nos services en ligne.

### **Avant de commencer, assurez-vous d'avoir les renseignements suivants :**

- renseignements sur la personne requérante (nom, adresse, date de naissance, numéro d'assurance sociale);
- détails de la lésion ou de la maladie;
- renseignements salariaux.
- numéro de compte;
- catégorie ou sous-catégorie pertinente et code du SCIAN.

Remarque : Soumettez-vous une demande sans interruption de travail? Remplissez seulement les sections A à D, E (n° 1) et J.

Si vous ne vous connectez pas à nos services en ligne pour les entreprises, utilisez et téléversez la version PDF.

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur la travailleuse ou le travailleur					
Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie – n'utilisez pas d'abréviations)			Depuis combien de temps cette personne occupe-t-elle ce poste?		Numéro d'assurance sociale
Indiquez si cette personne est :			une personne dirigeante une personne représentante élue une personne propriétaire une personne conjointe ou membre de la famille de l'employeur		Numéro de référence de la travailleuse ou du travailleur
Nom de famille		Prénom		Est-ce qu'un syndicat ou une convention collective protège la travailleuse ou le travailleur? <span style="float: right;">oui non</span>	
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Langue préférée de la travailleuse ou du travailleur Anglais   Français   Autre	
Code postal	Téléphone	Sexe H                  F	Date de naissance (jj/mm/aa)		Date d'embauche (jj/mm/aa)

B. Renseignements sur l'employeur				
Appellation commerciale et raison sociale (si différentes, fournir les deux)		Cochez l'une des cases : Numéro d'entreprise      Numéro de compte		Inscrivez le numéro
Adresse postale			Catégorie ou sous-catégorie	Code du SCIAN
Ville		Province	Code postal	Téléphone
Description de l'activité commerciale			Votre entreprise compte-t-elle 20 membres du personnel ou plus? <span style="float: right;">oui non</span>	Télécopieur
Adresse de l'établissement où la travailleuse ou le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale – n'utilisez pas d'abréviations)				
Ville		Province	Code postal	Autre numéro de téléphone

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements					
1. Date et heure de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie		du matin de l'après-midi/du soir		2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre)	
Date et heure de la déclaration à l'employeur		du matin de l'après-midi/du soir		Téléphone	
3. La lésion est-elle un événement soudain et précis? apparue graduellement? une maladie professionnelle? un décès?		4. Type d'accident ou de maladie : (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)			
		Heurt ou coincement		Incendie ou explosion	
		Effort excessif		Chute	
		Mouvement répétitif		Substance nocive ou agent environnemental	
		Autre .....		Agression	
				Glissade ou trébuchement	
				Accident de véhicule automobile	
5. Siège de la lésion (partie du corps) - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)					
Tête	Dents	Haut du dos	Gauche	Droite	
Visage	Cou	Bas du dos	Épaule	Poignet	Hanche
Œil (yeux)	Poitrine	Abdomen	Bras	Main	Cuisse
Oreille(s)		Bassin	Coude	Doigt(s)	Genou
Autre :			Avant-bras		Bas de la jambe
6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que la travailleuse ou le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières et les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourraient avoir contribué à l'accident ou à la maladie. <b>Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.</b>					

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

**C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)**

7. L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)?	oui non	Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez une personne cliente, etc.)
8. L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario?	oui non	Si oui, où? (ville, province, État, pays)
9. Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou de cette maladie, et d'autres membres du personnel y sont-ils mêlés?	oui non	
Si oui, veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes :		
1.		
2.		
10. Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui est partiellement ou totalement responsable de cet accident ou de cette maladie?	oui non	Si oui, veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail :
11. Êtes-vous au courant d'un problème, d'une lésion ou d'un trouble de santé préexistant semblable ou connexe?	oui non	Si oui, veuillez expliquer :
12. Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au formulaire.	Observations jointes	

**D. Soins de santé**

1. Est-ce que la travailleuse ou le travailleur a obtenu des soins de santé pour cette lésion? Si oui, quand?	oui non	2. Quand avez-vous appris que la travailleuse ou le travailleur avait reçu des soins de santé? (jj/mm/aa)
3. Où est-ce que la travailleuse ou le travailleur a reçu des soins pour sa lésion ou maladie? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)		
Au travail	Ambulance	Service des urgences
Cabinet d'une personne spécialiste de la santé	Clinique	Autre
Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne spécialiste de la santé ou de l'établissement qui a fourni des soins à cette travailleuse ou ce travailleur (si vous le savez).		

**E. Interruption de travail – Aucune interruption de travail**

1. Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, cette travailleuse ou ce travailleur :		
a repris son emploi habituel et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J.)		
a accompli un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J.)		
a interrompu son travail et(ou) perdu des gains. (Remplissez toutes les sections restantes.)		
Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail (jj/mm/aa)	Date du retour au travail (si vous la connaissez) (jj/mm/aa)	Travail habituel Travail modifié
2. Ces renseignements sur l'interruption de travail, la non-interruption du travail ou le travail modifié sont confirmés par :		Moi-même    Autre
Nom	Téléphone	Poste

**F. Retour au travail**

1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de cette travailleuse ou de ce travailleur?	oui non
2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec cette travailleuse ou ce travailleur?	oui non
3. Avez-vous offert un travail modifié à cette travailleuse ou ce travailleur?	oui non
Si oui, l'offre a-t-elle été acceptée?	refusée?
Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée à la travailleuse ou au travailleur.	
4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail de la travailleuse ou du travailleur?	Moi-même    Autre
Nom	Téléphone
	Poste

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

**G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)**

1. Quelle est la situation de la travailleuse ou du travailleur? (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)

Emploi permanent à temps plein	Emploi occasionnel	Élève	Personne apprentie autorisée	Personne propriétaire exploitante ou sous-traitante
Emploi permanent à temps partiel	Emploi irrégulier	Emploi non rémunéré/stagiaire	Assurance facultative	
Emploi temporaire à temps plein	Emploi saisonnier	Autre .....		
Emploi temporaire à temps partiel	Travail contractuel			

2. Taux salarial habituel ..... \$ l'heure par jour par semaine autre .....

**H. Renseignements supplémentaires sur le salaire**

1. Montant ou code de demande nette	Fédéral .....	Provincial .....	2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque?	oui non	Indiquez le pourcentage .....	%
3. Date et heure du dernier jour de travail (jj/mm/aa)	4. Heures normales le dernier jour de travail		5. Gains réels pour le dernier jour de travail	6. Gains normaux au dernier jour de travail		
du matin de l'après-midi/du soir	De du matin de l'après-midi/du soir	À du matin de l'après-midi/du soir	\$	\$		

7. Avance sur le salaire : Est-ce que la travailleuse ou le travailleur reçoit un salaire pendant son rétablissement? oui non Si oui, précisez : Plein salaire normal Autre .....

8. Autres gains (sauf le salaire habituel) : Fournissez le total des gains supplémentaires pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

\* Pour les travailleuses ou travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle des quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts terminé avant la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie.

Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, % tenant lieu de, etc.)							
Période	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires			
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$

**I. Horaire de travail (Remplissez A, B ou C. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires)**

**A. Horaire habituel** - Indiquez les heures et les jours de travail normaux. Exemple : du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi						

**OU**

**B. Quarts rotatifs répétés** - Indiquez :

Nombre de jours de travail	Nombre de jours de congé	Nombre d'heures par quart	Nombre de semaines par cycle

Exemple : 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, cycle de 8 semaines

**OU**

**C. Horaire variable ou irrégulier** – Fournissez le total des heures et des quarts de travail normaux de chaque semaine pour les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)	/	/	/	/
Total des heures travaillées				
Total des quarts de travail				

**J. Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements donnés aux pages 1, 2 et 3 du présent formulaire sont véridiques.**

Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel	
Signature	Téléphone	Date

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

**K. Autres renseignements**

**Aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, vous devez remettre une copie du présent formulaire à votre travailleuse ou travailleur.**