

À l'usage de la CSST

N° de dossier CSST du travailleur

Poste de travail

1 • Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Prénom	N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
Adresse du domicile N° Rue App	Date de l'événement	<input type="text"/>
Ville	Date de récédive, rechute ou aggravation	<input type="text"/>
Province, pays Code postal	Date de naissance	<input type="text"/>
Téléphone Téléphone (autre) Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Cochez si vous êtes : <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	

2 • Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur (raison sociale) Mouvement national des Québécoises et Québécois (MNQ)	À l'usage de la CSST	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur N° Rue Bureau 2207, rue Fullum	N° de dossier d'expérience	
Ville Montréal	Nom de la personne à joindre Stéphan Dussault	Téléphone 5 1 4 5 2 7 9 8 9 1
Province, pays Québec, Canada Code postal H 2 K 3 P 1		

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	Date du dernier jour travaillé	Retour au travail	Date du retour	<input type="checkbox"/> Même emploi
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<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	Revenu annuel brut _____ \$
<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	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.) Téléphone Date du décès

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

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. Signature du travailleur

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.