

Vous devez remplir ce formulaire pour :

Demander des indemnités lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle cause :

- **une incapacité à occuper votre emploi pendant plus de 14 jours,**
- **une incapacité permanente, physique ou psychique,**
- **un décès,**
- **une récurrence, rechute ou aggravation de la lésion d'origine.**

Demander des indemnités lorsque vous ne recevez pas de salaire d'un employeur (bénévole, travailleur autonome, etc.);

Demander le remboursement des frais médicaux, de déplacement et de séjour pour la première fois;

Demander le remboursement des frais engagés pour la réparation ou le remplacement de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées au travail.

Note : Vous avez six mois pour faire votre demande.

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

Le présent document comporte trois sections :

- 1. Comment remplir le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 2. Le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 3. Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

Dans ce document, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Comment remplir le formulaire

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la CSST au numéro 1 866 302-CSST (2778).

Dans ce formulaire, le mot **événement** désigne autant un accident du travail que la manifestation d'une maladie professionnelle.

Le terme **lésion professionnelle** fait référence à une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, rechute ou aggravation.

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ville		Date de récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Province, pays		Code postal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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	

Date de l'événement

Date de l'accident du travail ou date à laquelle vous avez eu connaissance d'être atteint d'une maladie professionnelle.

Date de récurrence, rechute ou de l'aggravation

Date de la détérioration de l'état de santé reliée à une lésion professionnelle antérieure. Indiquez-en la date exacte ainsi que la date de l'événement d'origine auquel elle est reliée.

2 • Renseignements sur l'employeur		À l'usage de la CSST	
Nom de l'employeur (raison sociale)		N° de dossier d'expérience	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur N° Rue Bureau		Nom de la personne à joindre	
Ville		Téléphone	
Province, pays		Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Veuillez identifier l'employeur pour qui vous travailliez au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle.

Indiquez l'adresse de votre lieu de travail habituel.

Si vous connaissez la personne qui traite les réclamations pour accident du travail et maladie professionnelle chez votre employeur, veuillez inscrire son nom.

3 • Lieu de l'événement	
<input checked="" type="checkbox"/> Au Québec → <input checked="" type="checkbox"/> Poste de travail <input checked="" type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)	<input type="checkbox"/> Hors du Québec , indiquez la province ou le pays si hors du Canada. _____

Indiquez d'abord si l'événement est survenu au Québec **ou** à l'extérieur du Québec en cochant la case appropriée.

Si l'événement est survenu **au Québec**, précisez où en cochant une des trois cases.

Si l'événement est survenu **hors du Québec** mais au Canada, inscrivez le nom de la province sur cette ligne. Si l'événement est survenu à l'extérieur du Canada, inscrivez plutôt le nom du pays.

Si l'événement est survenu en mer (bateau) ou dans les airs (avion), veuillez l'indiquer aussi sur cette ligne et inscrire les précisions à la section 4-Description de l'événement.

4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

EXEMPLE : ACCIDENT

En dépeçant une pièce de bœuf, je me suis coupé profondément à la main gauche.

EXEMPLE : MALADIE PROFESSIONNELLE

J'ai de la douleur dans le coude gauche depuis six mois. Cette douleur ne m'empêchait pas de travailler, mais depuis une semaine elle a augmenté et j'ai dû arrêter de travailler. Mon médecin a diagnostiqué une tendinite causée par les mouvements répétitifs à mon travail.

EXEMPLE : RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Il y a deux mois, j'ai eu un accident du travail qui m'a causé une entorse au genou droit. J'ai été en arrêt de travail pendant deux semaines. Depuis mon retour au travail, la douleur a augmenté. Ce matin, j'ai consulté le médecin, qui m'a arrêté de travailler.

Profession ou métier exercé lors de l'accident

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et les gestes exécutés, etc. Précisez les blessures en indiquant les parties du corps touchées.

5 • Arrêt de travail

Arrêt de travail

Oui Non

Date du dernier jour travaillé

A A A A M M J J

Retour au travail

Oui Non

Date du retour

A A A A M M J J

Même emploi

Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie. Elle correspond au jour de l'abandon du travail.

Cochez « Même emploi » seulement si vous êtes retourné dans l'emploi que vous occupiez avant l'accident et aux mêmes conditions, c'est-à-dire que vous effectuez toutes les mêmes tâches et avez le même horaire qu'avant l'accident.

Cochez la case « Autre emploi » si une partie de vos tâches est effectuée par d'autres personnes, si vous travaillez moins d'heures à cause de votre incapacité ou que vous occupez un autre poste.

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

Célibataire

Avec conjoint ou conjointe à charge

Avec conjoint ou conjointe non à charge

Famille monoparentale

Nombre de personne(s)

mineure(s) à charge

Nombre de personne(s)

majeure(s) à charge (incluant le conjoint)

Revenu annuel brut _____ \$

Expliquez :

Autre emploi

Occupez-vous plus d'un emploi ?

Oui Non

Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ?

Oui Non

Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? Oui Non

Afin d'établir votre indemnité, nous avons besoin de connaître votre situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt. Cochez l'une des quatre cases correspondant à votre situation familiale au moment de la lésion professionnelle.

À partir de la 15^e journée d'arrêt de travail, c'est la CSST qui verse l'indemnité de remplacement du revenu. Si votre employeur continue à vous payer, cochez la case appropriée.

Inscrire le nombre de personnes à votre charge. **Une personne à charge est une personne pour laquelle vous pouvez réclamer, au moment où survient l'événement :**

- au moins un crédit d'impôt total ou partiel; **ou**
- une déduction pour pension alimentaire.

Si votre conjoint est à votre charge, veuillez le compter dans le nombre de personnes majeures à charge.

Pour être considérés comme conjoint, le conjoint de fait doit résider avec le travailleur depuis au moins trois ans ou depuis un an si enfant est né ou à naître de leur union. De plus, les conjoints de fait doivent publiquement être représentés comme conjoint. Les conjoints peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

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 <input type="text"/> \$ Expliquez : <input type="text"/> Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi ? <input checked="" 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			

La CSST utilise le **revenu annuel** prévu par votre **contrat de travail** pour déterminer votre indemnité de remplacement du revenu.
 Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année.
 Ex. : 15 \$/heure x 40 heures x 52,14 semaines = 31 284 \$
 Si vous êtes une personne inscrite à la CSST, indiquez le montant de votre protection personnelle.

Si au cours des 12 mois précédant l'événement, vous avez gagné un revenu supérieur à celui prévu par votre **contrat de travail**, veuillez indiquer le montant gagné dans la case prévue à cet effet.

Vous pouvez inclure les sommes suivantes dans votre revenu annuel :

- bonis, primes, pourboires, commissions
- majoration pour heures supplémentaires
- vacances si leur valeur n'est pas incluse dans le salaire
- rémunérations participatoires
- valeur en espèces si vous utilisez pour des fins personnelles une automobile ou un logement fourni par l'employeur
- prestations d'assurance parentale
- prestation d'assurance-emploi

Si vous occupiez plus d'un emploi au moment de l'événement, que votre lésion vous empêche ou non de les occuper, veuillez l'indiquer. Les règles concernant la détermination du revenu peuvent alors différer.

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 <input type="text"/>	A A A A M M J J
---	---	-----------------

Vous avez droit, sur production de pièces justificatives, à une indemnité pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain survenu par le fait du travail dans la mesure où vous n'avez pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime.
 Vous devez faire signer votre employeur afin qu'il atteste qu'aucun régime de l'entreprise ne couvre ces frais.

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 <input type="text"/>	A A A A M M J J
Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.	Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.) <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>
		Date du décès A A A A M M J J

Il est important de signer et de dater le formulaire.

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 <input type="text"/>	A A A A M M J J
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 <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> .		

Au cours du traitement de votre réclamation, des renseignements relatifs à votre état de santé peuvent nous être nécessaires afin d'établir le droit à des prestations. Nous devons avoir votre autorisation afin de permettre à la CSST de recueillir ces renseignements auprès de votre médecin traitant ou d'un autre professionnel de la santé, d'un établissement de santé, d'un intervenant de la santé ou d'une clinique.