

Numéro de la demande d'indemnisation

2

Information sur l'employeur

Nom de l'entreprise			Adresse (inclure la succursale, s'il y a lieu)		
Ville	Province	Code postal	Numéro de l'entreprise	Code d'activité économique	Numéro de téléphone

Information sur le travailleur

Nom de famille		Prénom			
Adresse				Ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone		Date de naissance	
Numéro d'assurance sociale	Genre	Titre du poste			

Détails de l'incident

Date de l'incident JJ/MM/AAAA	Partie(s) du corps ayant subi une (des) lésion(s)
Date de la déclaration à l'employeur JJ/MM/AAAA	Nom et titre de la personne à qui l'incident a été déclaré
Veuillez décrire l'incident avec le plus de détails possible (utilisez une autre feuille au besoin)	
Ville et province où a eu lieu l'incident	
Si l'incident a eu lieu à l'extérieur de la province, le lieu de travail habituel de le travailleur se trouve-t-il au Manitoba? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Au moment de l'incident, le travailleur avait-il été employé à l'extérieur du Manitoba pour plus de six mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'incident s'est-il produit sur les lieux de votre entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, donnez le nom et l'adresse du lieu de l'incident.

Nom et adresse de(s) médecin(s) traitant(s) et de l'hôpital (des hôpitaux) où le travailleur a été soigné

Nom	Adresse
Nom	Adresse

Heures perdues et salaire. (Ne remplir que si le travailleur n'a pas travaillé après la date de l'incident)

A compter de quelle date et de quelle heure le travailleur a-t-il cessé de travailler?		<input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> h
Le travailleur est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date?	<input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> h
Est-ce que vous continuez à verser un salaire au travailleur malgré son inactivité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quel salaire a été versé au travailleur le dernier jour qu'il a travaillé? \$	
Combien d'heures par semaine le travailleur travaille-t-il? Si les heures varient, veuillez décrire.	Quelles sont les journées de repos habituelles du travailleur? Si elles varient, veuillez décrire.	
Quels sont les gains bruts réguliers du travailleur? (Indiquez s'ils sont à la semaine, aux deux semaines, etc.)	Quel est le total des gains bruts du travailleur pour la dernière année civile? \$	
À quelle date le travailleur a-t-il commencé à travailler pour votre entreprise? JJ/MM/AAAA	Si le travailleur a travaillé moins d'une année, quels ont été ses gains bruts à compter de la date où il a été embauché jusqu'à la date de l'incident?	
Si le travailleur a travaillé plus d'une année, quels ont été ses gains bruts au cours des douze mois précédant la date de l'incident? \$	Pouvez-vous adapter les fonctions du travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Faites la demande d'indemnisation en composant le 204-954-4321 | Sans frais: 1-855-954-4321
Envoyez ce formulaire immédiatement - Winnipeg: 204-954-4999 | Sans frais: 1-877-872-3804

Nom du Travailleur	Numéro de la demande d'indemnisation	2
--------------------	--------------------------------------	---

Protection

Y a-t-il eu des personnes impliquées dans l'incident quine travaillaient pas pour vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, donner nom et adresse.	
Le travailleur est-il associé, administrateur ou propriétaire unique de l'entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Répondez aux questions suivantes si l'incident s'est produit entre le 1er janvier 1992 et le 31 décembre 2005.		
Le travailleur est-il membre de la famille de l'employeur (ou si l'employeur est une société, un membre de la famille du directeur de la société)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, habitez-vous avec l'employeur ou le directeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le travailleur est-il un sous-traitant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si, oui, indiquez : <input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Industrie forestière	(Remplir les parties qui s'appliquent ci-dessous.)
Le travailleur est-il un entrepreneur propriétaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si, oui, indiquez : <input type="checkbox"/> Coursier <input type="checkbox"/> Camionnage <input type="checkbox"/> Remorquage	(Remplir les parties qui s'appliquent ci-dessous.)

Agriculture

Entretenez-vous des liens de parenté avec le propriétaire de l'exploitation agricole? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Sous-traitant ou entrepreneur propriétaire (Remplir seulement si le travailleur est un sous-traitant ou un entrepreneur propriétaire.)

Le travailleur est-il couvert par votre souscription à la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, le travailleur est-il inscrit auprès de la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le travailleur fait-il partie d'une société d'associés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le travailleur emploie-t-il d'autres ouvriers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Sous-traitant en construction

Le travailleur fournit-il des matériaux ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez-les.
---	-----------------------

Sous-traitant dans l'industrie forestière

Le travailleur fournit-il des matériaux ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez-les.
Le travailleur abattait-il en vertu de l'accord de vente de bois de l'entreprise, en vertu de son permis de bois ou de son permis de scierie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, en vertu de quel accord de vente de bois, de quel permis de bois ou de quel permis de scierie abattait-il ?

L'entrepreneur propriétaire est un coursier.

Quel est le poids brut du véhicule? (Vous pouvez obtenir ce renseignement de votre immatriculation Autopac.)
--

Entrepreneur propriétaire en camionnage

Le travailleur s'engage-t-il au transport dans un rayon de moins de 16 kilomètres de son port d'attache? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le travailleur est-il un conducteur de longues distances? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le travailleur fournit-il des véhicules? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien?

Nom et poste occupé par la personne qui remplit ce formulaire	Date (mm-jj-aaaa)
---	-------------------