

Déclaration complémentaire
de l'employeur

Numéro de dossier

Retournez le présent formulaire à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail lorsque le travailleur blessé retourne ou est apte à retourner au travail ou à tout autre moment où on vous le demande. Appelez tout d'abord pour éviter le versement de paiements en trop.

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)	Prénom	Date de la lésion jj mmm aaaa
---	--------	----------------------------------

Adresse			
Ville	Province	Code postal	Date de naissance jj mmm aaaa

1	Le travailleur est-il retourné travailler depuis la lésion? Si oui, indiquez la date où il est retourné au travail.	Date du retour au travail jj mmm aaaa Heure ☐ am ☐ pm									
2	Si le travailleur a travaillé après la première interruption de travail, veuillez indiquer les dates.	du	jj	mmm	aaaa	Heure	☐ am ☐ pm				
		au	jj	mmm	aaaa	Heure	☐ am ☐ pm				
3	Pour les travailleurs de quart rotatif seulement, veuillez indiquer les renseignements suivants :	Nombre total de quarts de travail perdus : Nombre d'heures rémunérées par quart :									
4	Le travailleur est-il retourné dès qu'il était en mesure de le faire? (Donnez votre avis) Si non, indiquez la date et l'heure auxquelles il aurait pu retourner travailler. Sur quoi basez-vous votre opinion?	 									
5	S'il n'était pas en mesure d'accomplir son ancien travail, quel genre de travail le travailleur accomplit-il ou est-il en mesure de faire? S'il ne peut reprendre son ancien travail, quelle valeur attribuez-vous aux services? Quand à votre avis, s'il le peut, le travailleur pourra-t-il reprendre son ancien travail?	 Veuillez l'exprimer en pourcentage %									
6	Indiquez les gains bruts hebdomadaires moyens du travailleur depuis son retour au travail.	Gains bruts hebdomadaires moyens \$									
	Ces gains sont-ils réduits d'une façon quelconque?	☐ non ☐ oui									
7	Si le travailleur a reçu des prestations ou des versements de votre entreprise ou d'un autre régime d'assurance durant la période d'invalidité, veuillez fournir les renseignements suivants :	Paiement total brut \$	Dates	du	jj	mmm	aaaa	au	jj	mmm	aaaa
		Nom de la compagnie d'assurance, s'il y a lieu									
8	Autres renseignements ou commentaires.	 									

Nom de l'employeur (en caractères d'imprimerie)

Signature autorisée	Titre officiel	Date (jj/mmm/aaaa)
---------------------	----------------	--------------------