

# 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 :**

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

A. Renseignements sur le travailleur					
Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie – n'utilisez pas d'abréviations)			Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste?		Numéro d'assurance sociale
Indiquez si ce travailleur est :    dirigeant    représentant élu    propriétaire    conjoint ou parent de l'employeur					Numéro de référence du travailleur
Nom de famille		Prénom		Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? oui    non	
Adresse (numéro, rue, appartement, bureau ou unité)			Ville	Langue préférée du travailleur : Anglais    Français    Autre .....	
Province	Code postal	Téléphone	Date naissance (jj/mm/aa)	Sexe Homme    Femme	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 travailleurs ou plus? oui    non	Télécopieur
Adresse de l'établissement où 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		2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre)	
Date et heure déclarées à l'employeur		Téléphone	
3. La lésion ou la maladie 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) Heurté ou coincé    Chute    Glissade ou trébuchement Effort excessif    Substance nocive ou agent environnemental    Accident de véhicule automobile Mouvement répétitif    Agression Incendie ou explosion    Autre .....		
5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)			
Tête	Dents	Haut du dos	Gauche
Visage	Cou	Bas du dos	Droit
Œil (yeux)	Poitrine	Abdomen	Gauche
Oreille(s)	Bassin	Coude	Droit
Autre .....	Avant-bras	Poignet	Gauche
		Main	Droit
		Doigt(s)	Gauche
		Bas de la jambe	Droit
			Gauche
			Droit
			Gauche
			Droit
			Gauche
			Droit
6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que 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, 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>			

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibility@wsib.on.ca](mailto:accessibility@wsib.on.ca).

Téléversez les formulaires et les documents à l'appui en ligne à [wsib.ca/fr/téléverser](http://wsib.ca/fr/téléverser).

Poste : WSIB, 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050 | Télécopieur : 1-888-313-7373

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 un client, 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 cette maladie, et d'autres employés 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 maladie?	oui non	Si oui, veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.
11. Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants?	oui non	Si oui, veuillez expliquer.
12. Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire.		Observations jointes

**D. Soins de santé**

1. Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion? Si oui, quand	oui non	2. Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé?
3. Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)		
<input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Clinique            Autre : .....		
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (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, ce travailleur :		
<input type="checkbox"/> est retourné à son emploi habituel et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J.) <input type="checkbox"/> a accompli un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J.) <input type="checkbox"/> 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 où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez) (jj/mm/aa)	Travail habituel Travail modifié
2. Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par :		
Nom	moi-même    une autre personne	Téléphone    Poste

**F. Retour au travail**

1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur?	oui non
2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur?	oui non
3. Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur? Si oui, l'offre a-t-elle été Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.	oui non acceptée?    refusée?
4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?	moi-même    une autre personne
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. Ce travailleur est : (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)

Permanent à temps plein	Occasionnel ou irrégulier	Étudiant	Apprenti autorisé	Propriétaire exploitant ou sous-traitant
Permanent à temps partiel	Travailleur saisonnier	Non rémunéré/stagiaire	Assurance facultative	
Temporaire à temps plein	À contrat			
Temporaire à temps partiel		Autre		

2. Taux salarial de base ..... \$ 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 pour le dernier jour de travail			
matin après-midi	De À matin après-midi	\$	\$			

7. Avance sur le salaire : Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement? oui non Si oui, précisez : Plein salaire normal Autre .....

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

\* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts avant la date de l'accident ou 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 régulier** - Indiquez les heures et jours de travail normaux. Par exemple : du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>
								8	8	8	8	8	

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

Le nombre de jours de travail	Le nombre de jours de congé	Le nombre d'heures par quart	Le nombre de semaines par cycle
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

Par exemple : 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, 8 semaines par cycle.

**C. Horaire varié ou irrégulier** - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant 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 de travail				
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 de cet avis sont véridiques.**

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie)	Titre officiel	
Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à télédéposer)	Téléphone	Date

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

**K. Renseignements supplémentaires**

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 travailleur.

 Téléversez le formulaire et les documents à l'appui en ligne à [wsib.ca/fr/téléverser](https://wsib.ca/fr/téléverser).