

Saviez-vous que vous pouvez remplir le formulaire 7 en ligne en toute sécurité?

Le formulaire 7 en ligne est un moyen rapide et efficace de gérer vos avis de lésions et maladies professionnelles de la WSIB.

Les nouvelles caractéristiques du formulaire 7 en ligne simplifient et accélèrent la déclaration en ligne des lésions et maladies.

Pour soumettre un formulaire 7 en ligne, rendez-vous à la page des services en ligne de la WSIB. Il suffit de quelques minutes pour s'inscrire et commencer à remplir les avis immédiatement.

Remarque : Si vous faites une demande de prestations sans interruption de travail, veuillez remplir seulement les sections A à D, E (n° 1) et J.

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

N° de dossier

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

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse (n°, rue, app.) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? oui non

Langue préférée du travailleur : Anglais Français Autre

Sexe H F

Numéro de référence du travailleur _____

Date de naissance jj mm aa _____

Téléphone _____

Date d'embauche jj mm aa _____

B. Renseignements sur l'employeur

Appellation commerciale et raison sociale (si différentes) _____ Cochez l'une des cases Numéro d'entreprise **OU** Numéro de compte _____ Inscrivez le numéro _____

Adresse postale _____ Catégorie ou sous-catégorie _____ Code du SCIAN _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

Description des activités _____ 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/ou vous avez eu connaissance de la maladie jj mm aa _____ matin après-midi

2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre) _____

Date et heure déclarées à l'employeur jj mm aa _____ matin après-midi

Téléphone _____ poste _____

3. La lésion 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 Épaule Poignet Hanche Cheville
 Visage Cou Bas du dos Bras Main Cuisse Pied
 Oeil (yeux) Poitrine Abdomen Coude Doigt(s) Genou Orteil(s)
 Oreille(s) Bassin Avant-bras Bas de la jambe

Autre _____

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 nature de 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 pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

Si vous avez de la difficulté à accéder au présent formulaire ou à le remplir, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca

Vous pouvez obtenir un guide sur la façon de remplir ce formulaire sur le site wsib.ca

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur	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)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)
8. L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , veuillez expliquer.
12. Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire. <input type="checkbox"/> Observations jointes	

D. Soins de santé	
1. Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , quand jj mm aa	2. Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa
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 <input type="checkbox"/> 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	
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 <input type="checkbox"/> Travail habituel <input type="checkbox"/> Travail modifié
2. Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par : <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> une autre personne Nom _____ Téléphone _____ poste _____	

F. Retour au travail			
1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	3. Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , l'offre a-t-elle été <input type="checkbox"/> acceptée? <input type="checkbox"/> refusée? <input type="checkbox"/> Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.
4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur? <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> une autre personne Nom _____ Téléphone _____ poste _____			

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.**

Nom du travailleur	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.)

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

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 matin après-midi

4. Heures normales le dernier jour de travail De matin après-midi À matin après-midi

5. Gains réels pour le dernier jour de travail \$ _____

6. Gains normaux pour le dernier jour de travail \$ _____

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, etc.)

Periode	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
<input type="text"/>						

ou

(B.) Quarts rotatifs répétés Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ou **▶ 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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total des heures de travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total des quarts de travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :	Téléphone _____ poste _____ Date : jj mm aa

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.

