

Si votre demande de prestations fait l'objet d'une contestation, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) peut vous envoyer les documents relatifs à la demande par courriel sécurisé après avoir obtenu votre permission. En consentant à recevoir des renseignements relatifs à la demande par courriel, vous recevrez vos documents -- et notre aide-- plus rapidement.

En remplissant la présente section, vous confirmez que vous acceptez les modalités ci-dessous et vous consentez à donner à la WSIB la permission d'envoyer les documents relatifs à la contestation à l'adresse électronique que vous indiquez.

Vous comprenez les risques associés aux communications électroniques et les acceptez. Ces risques peuvent comprendre, sans s'y limiter, des courriels électroniques mal acheminés ou reçus par le mauvais destinataire, interceptés, modifiés ou transmis sans détection, ou introduisant des virus dans les systèmes informatiques. La correspondance par courriel peut inclure des renseignements confidentiels sur la demande, notamment, sans s'y limiter, des renseignements médicaux et des décisions relatives aux prestations.

Le courriel que vous recevrez aura dans l'objet « WSIBsecure ». Vous devez créer un compte sécurisé avec un code d'utilisateur et un mot de passe pour ouvrir les documents contenus dans le courriel. Ce lien de courriel sécuritaire expirera après 30 jours. Vous devrez sauvegarder le ou les documents pour les conserver une fois que le courriel cessera d'être valide.

Si vous ne recevez pas le courriel, veuillez regarder dans le répertoire de votre boîte à courriels.

Si vous ne voulez plus recevoir de courriels, il vous incombe d'en aviser la WSIB. Vous pouvez annuler votre autorisation en tout temps en composant le 1-800-387-0750.

Nom	
Rôle	
Travailleuse ou travailleur	Représentante ou représentant de la travailleuse ou du travailleur
Représentante ou représentant de l'employeur	Employeur
Autre (précisez) _____	
Adresse électronique	
Nom (en caractères d'imprimerie)	
Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)	Date (jj/mmm/aaaa)

Vous trouverez des renseignements sur la manière dont la WSIB utilise les courriels à la page [wsib.ca/fr/courriel](http://wsib.ca/fr/courriel).

Si vous avez de la difficulté à accéder au présent formulaire ou à le remplir, 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

**1. Identificateurs de dossier**

Travailleur(euse)

**2. Partie contestatrice**

Travailleur(euse)	Représentant du (de la) travailleur(euse)	Employeur
Représentant de l'employeur	Employeur concerné par le transfert des coûts	

**3. Renseignements généraux**
**L'adresse et les coordonnées sont-elles les mêmes que dans la lettre de décision?**

	<b>Oui</b>	<b>Non, changements indiqués ci-dessous.</b>
--	------------	--

Nom

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone : (jour)

Téléphone : (soir)

Langue

Anglais

Français

Autre

**4. Représentation**
**Pour des renseignements sur l'aide disponible, consultez les instructions.**

Veuillez cocher une case :

 Je me représenterai moi-même dans le processus de contestation ou je cherche présentement un représentant.

 Je serai représenté(e) dans le processus de contestation.

**Si vous êtes représenté(e) : un *Avis d'autorisation* dûment signé concernant ce représentant doit figurer dans le dossier d'indemnisation.**

Nom du représentant

Organisme/entreprise

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone : (jour)

Téléphone : (soir)

Télécopieur

**5. Intention de contester**
**Je m'oppose à la(aux) décision(s) suivante(s) :**

 Date de la(des) lettre(s)  
de décision (jj/mmm/aaaa)

Question(s) en litige

**6. Nouveaux renseignements et réexamen**

C'est le moment de fournir tout nouveau renseignement dont le décideur de première ligne n'a pas tenu compte, en fonction du contenu de la(des) lettre(s) de décision. Le décideur peut réexaminer la(les) décision(s) et la(les) modifier. Vous serez informé(e) des résultats du réexamen.

 Non, je n'ai aucun autre renseignement ni explication à soumettre.

 Oui, j'ai joint d'autres renseignements et explications. (Veuillez indiquer le nom et le numéro de dossier du travailleur sur chaque page.)

Nom

Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)

Date

 Si vous avez de la difficulté à accéder au présent formulaire ou à le remplir, 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  
2397B (06/14)

Travailleur(euse)

**7. Raisons de la contestation**

Indiquez pourquoi vous contestez la ou les décisions rendues. Votre explication pourrait inclure de nouveaux renseignements dont le décideur de première ligne n'était pas au courant. Soyez aussi précis que possible et indiquez tout nouveau document que vous joignez. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre d'autres feuilles.

Nombre de pages jointes

Téléversez tout formulaire ou document relié à votre demande à [wsib.ca/fr/téléverser](https://wsib.ca/fr/téléverser)