

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Si vous vous opposez à une décision ou que vous demandez une copie de votre dossier d'indemnisation, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) vous fournira le dossier ainsi que tout formulaire pertinent par voie électronique. Si vous recevez les renseignements d'indemnisation par courriel, vous recevrez vos documents -- et notre aide -- plus rapidement.

En remplissant le présent formulaire, vous reconnaissez et acceptez les risques des communications électroniques. Ces risques peuvent comprendre, sans s'y limiter, les courriels mal acheminés, reçus par la mauvaise personne, interceptés, modifiés ou transmis sans détection, ou introduisant des virus dans les systèmes informatiques. Les renseignements sur les contestations ou les appels transmis par courriel peuvent inclure des renseignements d'indemnisation confidentiels, notamment, sans s'y limiter, des renseignements médicaux et des décisions relatives aux prestations.

Vous êtes responsable d'informer la WSIB en cas de préoccupations concernant la sécurité de l'adresse de courriel que vous fournissez dans le présent formulaire ou si cette adresse change. Vous êtes également responsable de la protection de votre mot de passe ou d'autres moyens d'accès aux communications électroniques envoyées à la WSIB ou reçues par celle-ci.

Bien que la WSIB prenne des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité des communications par courriel, en donnant votre consentement, vous reconnaissez qu'elle ne peut pas garantir la sécurité et la confidentialité de toutes les communications par courriel et qu'elle n'est pas responsable de la sécurité de votre compte ni de celle des communications électroniques enregistrées dans votre compte de courriels.

Prénom	Nom de famille	Numéro de dossier
Nom de l'entreprise (s'il y a lieu)		
Rôle		
Personne requérante	Personne représentante de la personne requérante	
Entreprise	Personne représentante de l'entreprise	
Adresse de courriel		

Confirmation et signature

Je confirme que j'ai soigneusement lu le présent formulaire et que je comprends les responsabilités et les risques associés à l'utilisation des courriels.

En signant ci-dessous, j'accepte d'assumer tous les risques associés à l'utilisation des courriels.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Veillez remplir un formulaire distinct pour chaque dossier demandé. Si vous avez déjà obtenu une copie de votre dossier d'indemnisation, vous recevrez les mises à jour de votre dossier à partir de la date de votre dernière demande. Si vous avez l'intention de contester une décision de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) vous refusant des prestations, veuillez communiquer avec la personne qui a rendu la décision pour discuter de vos préoccupations. Si vous décidez de donner suite à votre contestation, vous recevrez automatiquement une copie de votre dossier d'indemnisation.

Renseignements sur la travailleuse ou le travailleur (Veillez remplir tous les champs, cette section est obligatoire.)

Nom de famille	Prénom	Numéro de dossier	
Adresse (numéro, rue, app./bureau)			Ville
Province	Code postal	Pays	Téléphone
Adresse de courriel	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion ou maladie (jj/mmm/aaaa)	

Choisissez l'une des options suivantes :

Je demande qu'on m'envoie une copie de mon dossier.

OU

Je demande qu'on envoie une copie de mon dossier à la tierce partie dont le nom est indiqué ci-dessous.
(Remplissez la section ci-dessous.)

Les renseignements personnels figurant dans le présent formulaire sont collectés en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et serviront à répondre à votre demande. La WSIB fournira le dossier et tout formulaire pertinent par voie électronique à l'adresse de courriel que vous avez fournie. En fournissant une adresse de courriel, vous reconnaissez et acceptez les risques des communications électroniques.

Signature de la travailleuse ou du travailleur	Date (jj/mmm/aaaa)
--	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Renseignements sur la tierce partie (requis si vous demandez qu'une copie soit envoyée à une tierce partie)

Si quelqu'un vous représente, un *Avis d'autorisation* doit être soumis à votre dossier pour cette personne.

Nom de la tierce partie			
Nom de l'organisme ou de l'entreprise			
Adresse (numéro, rue, app./bureau)			
Ville	Province	Code postal	Pays
Téléphone		Adresse de courriel	

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.