

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://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](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

<b>1. Identificateurs de dossier</b>			
Nom de la travailleuse ou du travailleur			
<b>2. Partie contestatrice</b>			
Travailleuse ou travailleur	Personne représentante de la travailleuse ou du travailleur	Employeur	
Personne représentante de l'employeur	Employeur concerné par le transfert des coûts		
<b>3. Renseignements généraux</b>			
L'adresse et les coordonnées de la travailleuse ou du travailleur et de l'employeur sont-elles les mêmes que dans la lettre de décision?		Oui	Non, changements indiqués ci-dessous.
Nom			
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone	Adresse de courriel	Langue	Français    Anglais    Autre
<b>4. Représentation</b>			
<b>Pour en savoir plus sur l'aide disponible, veuillez consulter la feuille d'instructions.</b>			
Veuillez cocher une case :			
<input type="checkbox"/> Je me représenterai moi-même dans le processus de contestation ou je cherche présentement une personne représentante.			
<input type="checkbox"/> Je dispose d'une personne représentante dans le cadre du processus de contestation.			
<b>Si vous avez une personne représentante – Un Avis d'autorisation dûment signé la concernant doit figurer dans le dossier d'indemnisation.</b>			
Nom de la personne représentante		Organisme	
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone	Adresse de courriel		
<b>5. Intention de contester</b>			
<b>Je m'oppose à la ou aux décisions suivantes.</b>			
Date de la ou des lettres de décision (jj/mmm/aaaa)	Question(s) en litige		

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de la travailleuse ou du travailleur

**6. Nouveaux renseignements et réexamen**

C'est le moment de fournir tout nouveau renseignement dont la personne décideuse de première ligne n'a pas tenu compte, en fonction du contenu de la ou des lettres de décision. La personne décideuse peut réexaminer et modifier la ou les décisions. Nous vous informerons 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 de la travailleuse ou du travailleur sur chaque page.)

**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.**

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.

**7. Motifs de la contestation**

Expliquez pourquoi vous contestez la ou les décisions. Votre explication pourrait inclure de nouveaux renseignements dont la personne décideuse de première ligne n'était pas au courant. Faites preuve de la plus grande précision possible et indiquez tout nouveau document que vous joignez. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre d'autres feuilles.

Nombre de pages jointes