

Numéro de la demande d'indemnisation

2

## Information sur l'employeur

Nom de l'entreprise			Adresse (inclure la succursale, s'il y a lieu)		
Ville	Province	Code postal	Numéro de l'entreprise	Code d'activité économique	Numéro de téléphone

## Information sur le travailleur

Nom de famille		Prénom			
Adresse				Ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone		Date de naissance	
Numéro d'assurance sociale	Genre	Titre du poste			

## Détails de l'incident

Date de l'incident JJ/MM/AAAA	Partie(s) du corps ayant subi une (des) lésion(s)
Date de la déclaration à l'employeur JJ/MM/AAAA	Nom et titre de la personne à qui l'incident a été déclaré
Veuillez décrire l'incident avec le plus de détails possible (utilisez une autre feuille au besoin)	
Ville et province où a eu lieu l'incident	
Si l'incident a eu lieu à l'extérieur de la province, le lieu de travail habituel de le travailleur se trouve-t-il au Manitoba? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Au moment de l'incident, le travailleur avait-il été employé à l'extérieur du Manitoba pour plus de six mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'incident s'est-il produit sur les lieux de votre entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, donnez le nom et l'adresse du lieu de l'incident.

## Nom et adresse de(s) médecin(s) traitant(s) et de l'hôpital (des hôpitaux) où le travailleur a été soigné

Nom	Adresse
Nom	Adresse

## Heures perdues et salaire. (Ne remplir que si le travailleur n'a pas travaillé après la date de l'incident)

A compter de quelle date et de quelle heure le travailleur a-t-il cessé de travailler?		<input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> h
Le travailleur est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date?	<input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> h
Est-ce que vous continuez à verser un salaire au travailleur malgré son inactivité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quel salaire a été versé au travailleur le dernier jour qu'il a travaillé? \$	
Combien d'heures par semaine le travailleur travaille-t-il? Si les heures varient, veuillez décrire.	Quelles sont les journées de repos habituelles du travailleur? Si elles varient, veuillez décrire.	
Quels sont les gains bruts réguliers du travailleur? (Indiquez s'ils sont à la semaine, aux deux semaines, etc.)	Quel est le total des gains bruts du travailleur pour la dernière année civile? \$	
À quelle date le travailleur a-t-il commencé à travailler pour votre entreprise? JJ/MM/AAAA	Si le travailleur a travaillé moins d'une année, quels ont été ses gains bruts à compter de la date où il a été embauché jusqu'à la date de l'incident?	
Si le travailleur a travaillé plus d'une année, quels ont été ses gains bruts au cours des douze mois précédant la date de l'incident? \$	Pouvez-vous adapter les fonctions du travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Faites la demande d'indemnisation en composant le 204-954-4321 | Sans frais: 1-855-954-4321  
Envoyez ce formulaire immédiatement - Winnipeg: 204-954-4999 | Sans frais: 1-877-872-3804

Nom du Travailleur	Numéro de la demande d'indemnisation	2
--------------------	--------------------------------------	---

## Protection

Y a-t-il eu des personnes impliquées dans l'incident quine travaillaient pas pour vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, donner nom et adresse.	
Le travailleur est-il associé, administrateur ou propriétaire unique de l'entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Répondez aux questions suivantes si l'incident s'est produit entre le 1er janvier 1992 et le 31 décembre 2005.</b>		
Le travailleur est-il membre de la famille de l'employeur (ou si l'employeur est une société, un membre de la famille du directeur de la société)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, habitez-vous avec l'employeur ou le directeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le travailleur est-il un sous-traitant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si, oui, indiquez : <input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Industrie forestière	(Remplir les parties qui s'appliquent ci-dessous.)
Le travailleur est-il un entrepreneur propriétaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si, oui, indiquez : <input type="checkbox"/> Coursier <input type="checkbox"/> Camionnage <input type="checkbox"/> Remorquage	(Remplir les parties qui s'appliquent ci-dessous.)

## Agriculture

Entretenez-vous des liens de parenté avec le propriétaire de l'exploitation agricole? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---

## Sous-traitant ou entrepreneur propriétaire (Remplir seulement si le travailleur est un sous-traitant ou un entrepreneur propriétaire.)

Le travailleur est-il couvert par votre souscription à la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, le travailleur est-il inscrit auprès de la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le travailleur fait-il partie d'une société d'associés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le travailleur emploie-t-il d'autres ouvriers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Sous-traitant en construction

Le travailleur fournit-il des matériaux ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez-les.
---	-----------------------

## Sous-traitant dans l'industrie forestière

Le travailleur fournit-il des matériaux ou de l'équipement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez-les.
Le travailleur abattait-il en vertu de l'accord de vente de bois de l'entreprise, en vertu de son permis de bois ou de son permis de scierie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si vous indiquez non, en vertu de quel accord de vente de bois, de quel permis de bois ou de quel permis de scierie abattait-il ?

## L'entrepreneur propriétaire est un coursier.

Quel est le poids brut du véhicule? (Vous pouvez obtenir ce renseignement de votre immatriculation Autopac.)
--

## Entrepreneur propriétaire en camionnage

Le travailleur s'engage-t-il au transport dans un rayon de moins de 16 kilomètres de son port d'attache? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le travailleur est-il un conducteur de longues distances? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le travailleur fournit-il des véhicules? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien?

Nom et poste occupé par la personne qui remplit ce formulaire	Date (mm-jj-aaaa)
---	-------------------