

# VERLETZUNGSMELDUNG FÜR ARBEITGEBER



**WICHTIG: Schicken Sie dieses Formular nicht an das WCB.** Legen Sie ein Exemplar zu Ihren Unterlagen und geben Sie ein weiteres Ihrem Arbeitgeber.

Falls der Arbeitsunfall eine Verletzung zur Folge hatte, die ärztlich behandelt werden muss oder zu Arbeitsausfall führt, melden Sie die Verletzung bitte telefonisch dem WCB:

204-954-4321 oder gebührenfrei 1-855-954-4321 (08:00 bis 19:00 Uhr, montags bis freitags)

Name des verletzten Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Anschrift des verletzten Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Datum der Verletzung \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_  vormittags  nachmittags

Ort des Unfalls (Standortsanschrift und Lage am Standort)

\_\_\_\_\_

Beschreibung des Unfalls

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beschreibung der Verletzung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arbeitsausfall durch die Verletzung?  Ja  Nein

Namen der Zeugen (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Unterschrift des Vorgesetzten \_\_\_\_\_

Unterschrift des verletzten Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_