

Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur de votre accident / blessure ou maladie.

Apprenez-en plus au sujet du rétablissement à la suite d'une blessure subie au travail à travailsecuritairenb.ca.

Choix de langue de correspondance

- ☐ Français
☐ Anglais

IMPORTANT : SAUVEGARDEZ CE FORMULAIRE À VOTRE ORDINATEUR OU UNITÉ DE RÉSEAU, ET REMPLISSEZ-LE À PARTIR DE LA VERSION SAUVEGARDÉE. Ne le remplissez pas à partir d'un navigateur en ligne.

Ce formulaire ne devrait être rempli que si vous voulez présenter une demande de prestations à Travail sécuritaire NB. **Vous N'AVEZ PAS besoin de le remplir si vous ne voulez pas présenter de réclamation.** Les travailleurs ont un an (à partir de la date de l'accident / la blessure) pour présenter une demande de prestations (six mois dans le cas d'un décès).

- ☐ J'ai reçu des soins médicaux pour une blessure subie au travail ou une maladie professionnelle, et je veux que Travail sécuritaire NB prenne une décision sur ma demande de prestations pour perte de salaire ou d'aide médicale.
- ☐ J'ai subi une blessure au travail ou je suis atteint d'une maladie professionnelle, mais je n'ai pas reçu de soins médicaux. Je veux que ma demande figure au dossier pour qu'elle soit documentée. Je comprends qu'une décision ne sera pas prise sur cette réclamation.

Votre santé et votre mieux-être sont une priorité. Cela signifie des soins médicaux et des prestations pour perte de salaire rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision soit prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de remplir toutes les sections EN ENTIER. Nous ne pourrions pas donner suite à votre demande tant que nous n'aurons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires.**

1. Vos renseignements

Nom de famille		Prénom		Profession	
Numéro et rue				Numéro d'appartement	
Ville / Village		Code postal		Province	
Numéro de téléphone (cellulaire)		Numéro de téléphone (domicile)		Numéro de téléphone (travail / autre)	
				Moment de la journée qui vous convient pour un appel ☐ Matin ☐ Après-midi	
Adresse de courriel		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Numéro d'assurance-maladie	
		Genre ☐ M ☐ F		Numéro d'assurance sociale	
Employeur		Adresse de l'employeur (rue ou case postale)			
Ville / Village		Personne-ressource chez l'employeur		Numéro de téléphone de la personne-ressource chez l'employeur	

2. Blessure ou maladie

Qu'est-ce qui a causé votre blessure ou maladie?	
☐ Un incident précis a causé la blessure ou maladie (date : _____, heure : _____)	
☐ La blessure ou maladie est survenue sur une période (date à laquelle vous avez remarqué les symptômes pour la première fois : _____)	
☐ Il s'agit d'une réapparition d'une blessure ou d'une maladie antérieure liée au travail (ancien numéro de réclamation : _____)	
Une réapparition est une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle vous avez déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire). Il ne s'agit pas d'un nouvel accident ou d'une nouvelle blessure, mais plutôt d'une poussée ou d'une réapparition.	
Vous êtes-vous absenté du travail après le jour de l'accident en raison de cette blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non	
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. ☐ Gauche ☐ Droit ☐ Les deux

Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

La blessure ou maladie est-elle survenue sur les lieux de l'employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si non, où est-elle survenue (par exemple, dans le restaurant d'un hôtel, le stationnement d'un magasin)?

La blessure ou maladie est-elle survenue au Nouveau-Brunswick? ☐ Oui ☐ Non

Si non, dans quelle province (ou état) est-elle survenue?

Décrivez le type de blessure ou maladie (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Accident mortel | ☐ Évanouissement | ☐ Lacération / Coupure / Éraflure |
| ☐ Blessure traumatique psychologique
(par exemple, syndrome de stress
post-traumatique, stress, anxiété) | ☐ Perte d'audition soudaine* | ☐ Brûlure |
| ☐ Cancer | ☐ Hernie | ☐ Plaie punctiforme |
| ☐ Maladie professionnelle | ☐ Amputation (bras / jambe) | ☐ Morsure |
| ☐ Crise cardiaque / Accident vasculaire
cérébral | ☐ Amputation (doigt / orteil) | ☐ Blessure à un œil |
| ☐ Blessure liée à un travail répétitif | ☐ Fracture | ☐ Blessure aux dents |
| ☐ COVID-19 | ☐ Blessure des tissus mous
(foulure, entorse, contusion) | ☐ Piqûre d'aiguille |
| ☐ Maladie infectieuse | ☐ Blessure à la tête | ☐ Autre (Veuillez expliquer.) : |
| ☐ Réaction allergique | ☐ Luxation | |
| ☐ Trouble respiratoire | | |

Avez-vous obtenu des soins médicaux d'un professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.)?

☐ Oui ☐ Non

Nom du professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.) :

Nom de l'établissement (hôpital, clinique, etc.) :

Date de la consultation :

Avez-vous été hospitalisé pour la nuit? ☐ Oui ☐ Non

Décrivez l'accident de façon aussi détaillée que possible (maximum de 2 000 caractères), y compris ce qui pourrait avoir contribué à votre blessure ou maladie. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre un document distinct. S'il s'agit d'une réapparition, décrivez les circonstances de la poussée.

L'incident impliquait-il un accident de véhicule à moteur?

☐ Oui ☐ Non

L'incident comprenait-il un glissement ou une chute dans un stationnement?

☐ Oui ☐ Non

L'incident est-il survenu sur les lieux d'un client?

☐ Oui ☐ Non

L'incident impliquait-il un animal (par exemple, une morsure)?

☐ Oui ☐ Non

*Dans le cas d'une perte d'audition due au bruit, veuillez remplir la [Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail](#).

Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

3. Tâches de travail

Votre employeur doit vous offrir des tâches modifiées qui sont utiles et productives, ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes.

Votre employeur vous a-t-il offert un travail modifié (différentes tâches, heures réduites, etc.)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)	Êtes-vous retourné au travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj) ☐ À temps plein ☐ Toutes vos tâches ☐ À temps partiel ☐ Tâches modifiées
--	---

4. Heures de travail, salaire et renseignements bancaires

Ne remplissez cette section **que si vous vous êtes absenté du travail et demandez un remplacement de votre salaire** en raison de votre blessure ou maladie.

Des **talons de chèques de paie pour les quatre semaines qui précèdent immédiatement votre arrêt de travail** en raison de votre blessure ou maladie doivent accompagner votre demande. Si vous ne savez pas comment les obtenir, veuillez le demander à votre employeur.

Dernière date à laquelle vous avez travaillé (aaaa-mm-jj)	Avez-vous été payé pour la pleine journée? ☐ Oui ☐ Non Si non, vous avez été payé pour combien d'heures?	Êtes-vous retourné au travail de façon temporaire? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez la (les) date(s). (aaaa-mm-jj)														
Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)	Fréquence de travail ☐ Permanent à temps plein ☐ Permanent à temps partiel ☐ Saisonnier ☐ Occasionnel Si vous êtes un travailleur saisonnier ou occasionnel, donnez la date du début de l'emploi : et la date prévue de la fin de l'emploi :															
Type de travail ☐ Propriétaire-exploitant ☐ Sous-traitant ☐ Travailleur à la pièce (payé en fonction de la quantité produite / des services rendus) ☐ Ne s'applique pas	Travaillez-vous les mêmes jours chaque semaine? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez le nombre d'heures travaillées chaque jour de la semaine, par exemple, 7,5 heures. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lun.</th> <th>Mar.</th> <th>Mer.</th> <th>Jeu.</th> <th>Ven.</th> <th>Sam.</th> <th>Dim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Si non, nombre moyen d'heures par jour : Si non, nombre moyen de jours par semaine :		Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.							
Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.										
Lorsque vous présentez votre déclaration d'impôt, déclarez-vous votre conjoint comme une personne à charge? ☐ Oui ☐ Non																
Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi ou en avez-vous fait la demande depuis votre arrêt de travail en raison de cette blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non																
Votre employeur vous a-t-il versé un remplacement de votre salaire (congé de maladie, vacances, etc.) depuis la date de votre blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non																
Travail sécuritaire NB a besoin de vos renseignements bancaires pour effectuer le paiement du remplacement de votre salaire, le remboursement de vos frais de déplacement, etc. Vous pouvez donner ces renseignements en joignant un chèque annulé par le biais de cette demande ou en fournissant les renseignements suivants : <table border="0"> <tr> <td>Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)</td> <td>Institution financière :</td> <td>Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)</td> </tr> </table> Les numéros bancaires dont vous avez besoin figurent au bas de vos chèques. Vous pouvez également les obtenir en visitant le site Web de votre institution financière et en cliquant sur « Dépôt direct » ou « Prélèvements automatiques ». (Le nom des onglets pourrait varier.) Remarque : Il n'est pas nécessaire d'indiquer vos renseignements bancaires si vous présentez ce formulaire à titre de renseignement seulement (sans demande de soins médicaux ou de remplacement du salaire).			Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)	Institution financière :	Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)											
Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)	Institution financière :	Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)														

Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

5. Déclaration et consentement

- ☐ Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- ☐ J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à mon emploi touché pendant que je reçois des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur cette demande de prestations.
- ☐ J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette demande de prestations, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de votre vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).
- ☐ J'accepte que tout fournisseur de soins de santé pourrait transmettre des renseignements médicaux concernant ma demande de prestations auprès de Travail sécuritaire NB, et qu'il pourrait fournir tout renseignement concernant ma capacité de retourner au travail à Travail sécuritaire NB ou à mon employeur, et j'y consens.

Présentez-vous une demande de prestations de Travail sécuritaire NB dans un délai de un an à partir de la date de votre blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non

Vous devez signaler tout accident / toute blessure ou toute maladie à votre employeur dès que possible.

Avez-vous signalé votre blessure ou maladie à votre employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj)

Veuillez indiquer que vous avez donné les renseignements suivants à votre employeur :

- ☐ Date et heure de l'accident ☐ Partie(s) du corps atteinte(s)
- ☐ Cause de la blessure ☐ Lieu où l'accident est survenu
- ☐ Les soins médicaux que vous avez reçus, s'il en est (donnez le nom du fournisseur de soins de santé / de l'hôpital / de la clinique et la date de la consultation)

Nom	Signature* (travailleur ou personne à charge)	Date (aaaa-mm-jj)
-----	---	-------------------

*Votre employeur ne signe pas ce formulaire. Il doit plutôt présenter un *Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie*.

6. Confirmation et transmission

Avant de transmettre le formulaire, assurez-vous d'avoir :

- ☐ rempli toutes les sections nécessaires en entier;
- ☐ joint vos talons de chèques de paie (si vous présentez une demande de remplacement du salaire);
- ☐ joint une copie d'un chèque annulé ou donné vos renseignements bancaires.

Pour transmettre votre demande par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Demande de prestations » dans la ligne de mention objet et adressez-le à app-dem@ws-ts.nb.ca.

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en vous servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer cette demande par la poste ou par télécopie.

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9

Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722

Vous avez subi une blessure au travail? Nous sommes là pour vous aider!

Personne n'aime être blessé. C'est cependant rassurant de savoir que si vous subissez une blessure, vous avez une équipe fiable à votre service. Il faut commencer en signalant votre blessure à votre employeur. Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur, votre gestionnaire ou une autre personne appropriée à votre lieu de travail de votre accident / blessure ou de votre maladie aussitôt que possible.

Présentez ce formulaire lorsque vous faites une demande de prestations d'indemnisation de Travail sécuritaire NB comme des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux (physiothérapie, médicaments, etc.) à la suite d'une blessure subie au travail ou d'une maladie professionnelle. Il faut envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB dans un délai de un an à partir de la date de l'accident / la blessure ou de la maladie. Présentez aussi ce formulaire dans le cas d'une réapparition, c'est-à-dire une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle vous avez déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire), et qui entraîne une absence du travail.

VOTRE BLESSURE OU MALADIE EST-ELLE LIÉE À UNE PERTE D'AUDITION? Les réclamations pour perte d'audition liée au travail exigent des renseignements additionnels qui aideront Travail sécuritaire NB à déterminer si la perte d'audition est admissible à une protection en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Si vous faites une demande de prestations pour perte d'audition, veuillez plutôt remplir la [Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail](#). Exception : Si votre perte d'audition découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez continuer de remplir le formulaire *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs*.

Il est important de signaler sa blessure ou sa maladie aussitôt que possible pour assurer de recevoir l'aide nécessaire.

Votre santé et votre mieux-être sont une priorité. Cela signifie la prestation de soins médicaux et du remplacement du salaire rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision soit prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de **remplir toutes les sections en entier**.

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements. Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Veuillez vous assurer d'avoir en main :

- Numéros d'assurance-maladie et d'assurance sociale
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource chez votre employeur
- Détails de l'accident / la blessure ou de la maladie, y compris la date et le lieu
- Nom du fournisseur de soins de santé et date de la consultation si vous avez reçu des soins médicaux
- **Talons de chèques de paie** (ou preuve du revenu semblable) pour les quatre semaines précédant votre arrêt de travail si vous demandez le remplacement de votre salaire
- Chèque annulé ou renseignements bancaires (numéros de succursale, d'institution financière et de compte)

Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande tant que nous n'aurons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires**.

Maintenez un lien

Le travail est bon. Il permet au travailleur d'avoir un lien social et lui donne un but à atteindre, qui contribuent à leur tour à son mieux-être physique et mental. Des preuves démontrent que le travail aide aussi à accélérer le rétablissement. Pour vous appuyer pendant votre rétablissement, votre employeur, des fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes feront tous les efforts possibles pour vous permettre de maintenir un lien avec votre lieu de travail.

- L'**employeur** doit garder le contact avec vous tout au long du processus de rétablissement pour vous permettre de maintenir votre lien avec le lieu de travail; vous offrir des tâches modifiées utiles et productives ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes; assurer que vos superviseurs et collègues vous soutiennent pendant votre rétablissement; et collaborer avec toutes les parties associées à votre retour au travail. Ces obligations s'appliquent à tous les employeurs de la province, peu importe la taille de l'entreprise, son industrie ou son profil des risques.
- Le **travailleur** doit garder le contact avec son employeur et Travail sécuritaire NB tout au long du processus de rétablissement; collaborer avec l'employeur pour trouver des travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de ses aptitudes; et collaborer avec Travail sécuritaire NB, y compris fournir les renseignements nécessaires.
- Le **médecin** offre des soins médicaux rapides; présente des rapports à Travail sécuritaire NB; aide à établir les attentes; et facilite les efforts en vue d'un retour au travail à l'aide d'une communication efficace et d'une collaboration avec toutes les parties associées au retour au travail.
- **Travail sécuritaire NB** administre les soins de santé et le remplacement du salaire; coordonne et surveille les soins de santé et services de réadaptation nécessaires; aide à élaborer, à gérer et à surveiller le plan de retour au travail; et aide à établir les attentes pour les travailleurs et les employeurs.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter travailsecuritairenb.ca/travailleurs. Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).