



1 Portland Street, P.O. Box 160
Saint John, N.B. E2L 3X9
Phone 506 632-2200
Toll-free 1 800 999-9775
Fax 1 888 629-4722
Web worksafenb.ca

1, rue Portland, case postale 160
Saint John (N.-B.) E2L 3X9
Téléphone 506 632-2200
Sans frais 1 800 999-9775
Télécopieur 1 888 629-4722
Web travailsecuritairenb.ca

Formulaire B – Choix de réclamer l’indemnité (travailleur d’une autre province / d’un autre territoire) – Perte d’audition

Nom :		N° de réclamation :	
Adresse :		N° de téléphone :	
Ville / Village :		Date de naissance :	
Province :	Code postal :	N° d’assurance sociale :	

Je, _____, est atteint d’une perte d’audition qui pourrait être attribuable à mon emploi dans la province / le territoire / l’état qui suit :

- | | |
|----------------------|----------|
| 1. Nouveau-Brunswick | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Je dois choisir de réclamer l’indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick ou en vertu de la loi de l’une des provinces / territoires / états indiqués ci-dessus.

**Je choisis de réclamer l’indemnité pour ma perte d’audition en vertu de la loi sur les accidents du travail de / du _____
(province / territoire / état choisi)**

Si ma réclamation est acceptée, je renonce au droit de réclamer l’indemnité dans une autre province ou un autre territoire, et je ne présenterai pas de demande de prestations ou n’accepterai des prestations d’une autre province ou d’un autre territoire à moins que la commission de la province / du territoire / de l’état indiqué ci-dessus m’autorise à le faire.

Si cette commission n’accepte pas ma réclamation, je pourrai présenter une demande de prestations auprès d’une autre commission.

Signature du travailleur : _____ Date : _____

Veuillez envoyer le formulaire rempli à
l’adresse :
Travail sécuritaire NB
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9

ou le télécopier au numéro sans frais :
1 888 629-4722