

Rapport de l'employeur sur une prolongation d'invalidité

LE TRAVAILLEUR DEMANDE UNE PROLONGATION DE VERSEMENT DE PRESTATIONS POUR UNE BLESSURE SUBIE ALORS QU'IL TRAVAILLAIT POUR VOUS.

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES ET RETOURNER LE FORMULAIRE À NOTRE BUREAU POUR NOUS PERMETTRE DE PRENDRE UNE DÉCISION SUR CE DOSSIER.

Renseignements sur l'employeur

Nom commercial :
Adresse postale (inclure le code postal) :
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :

Renseignements sur le travailleur

Prénom :	Nom de famille :				
Adresse postale (inclure le code postal) :					
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	Date de naissance :	AA	MM	JJ	Numéro d'assurance sociale :

Renseignements sur la réclamation

Numéro de dossier à la CSIT :	Date de la blessure originale :
Type de blessure :	

Selon vos observations, le problème s'est-il aggravé au fil du temps? Si c'est le cas, veuillez fournir des précisions.

À votre connaissance, le travailleur s'est-il plaint de son problème auprès de collègues? Si c'est le cas, veuillez indiquer leurs noms et adresses.

À la suite de la blessure originale, le travailleur a-t-il dû limiter d'une quelconque façon ses fonctions habituelles? Si c'est le cas, veuillez donner des précisions sur ces limitations et leurs dates.

Si une autre blessure subie au travail ou ailleurs a entraîné la réapparition des symptômes, veuillez donner des précisions.

Tout renseignement découlant du processus de traitement des réclamations est confidentiel. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements peut être passible d'une amende en vertu des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*.

Rempli par (en caractères d'imprimerie) :	Signé à (ville, village, municipalité) :		
Signature autorisée :	Téléphone :	Date :	