



OPTION EN VERTU DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (ARTICLE 452 LATMP)

Santé et sécurité du travail

Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	Téléphone
Adresse du domicile	N°	Rue	App.
Ville	Province	Pays	Code postal
Date de naissance	Date de l'événement	N° d'assurance sociale	N° de dossier du travailleur
A A A A M M J J	A A A A M M J J		

Je, _____, déclare avoir subi une lésion professionnelle
(nom du travailleur)
le _____, au _____ alors que je travaillais
(jour, mois, année) (province, territoire ou, si hors Canada, pays)
pour _____
(raison sociale et adresse de l'employeur)

ou (en cas de décès)

Je suis _____ de _____ décédé
(conjoint, personne à charge, père, mère, succession) (nom du travailleur)
le _____ à la suite d'une lésion professionnelle survenue au _____
(jour, mois, année) (province, territoire ou, si hors Canada, pays)
alors qu'il travaillait pour _____
(raison sociale et adresse de l'employeur)

Je dois opter entre recevoir des prestations de la CNESST en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (loi québécoise) ou recevoir des prestations en vertu de la loi de _____
(Inscrire le nom de la province **autre que Québec**, du territoire ou du pays, si hors Canada)

Je déclare faire une demande de prestations pour cette lésion professionnelle auprès de la Commission de _____ et j'en donne avis à la CNESST. Je déclare également n'avoir présenté aucune demande de prestations auprès d'un autre organisme pour cette même lésion professionnelle.
(Inscrire le nom de la province, du territoire ou du pays, si hors Canada)

Si cette demande est acceptée, je renonce, relativement à cette lésion professionnelle, à tout droit et à quelque indemnisation que ce soit en vertu d'une autre loi.

Signature : _____ Date : _____
(travailleur ou, en cas de décès, bénéficiaire) (jour, mois, année)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur ce formulaire sont confidentiels. Ils peuvent toutefois être communiqués sans votre consentement conformément aux dispositions d'exception prévues par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Prenez avis que ce formulaire sera notamment transmis, conformément à l'article 67 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, à la Commission des accidents du travail du lieu de l'accident, du lieu de votre domicile ou du lieu où vous avez subi une exposition ayant pu contribuer à votre maladie professionnelle.