

*Ceci est le document
que l'employeur doit remplir lorsqu'un accident de travail survient.
Il est ici à titre informatif seulement vous n'avez pas à le remplir*

Espace réservé à l'employeur		N° de dossier du travailleur	
1- Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie	
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N° d'assurance sociale	
Adresse du domicile (Rue, App.)		Date de l'événement d'origine	
Ville		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	
Province, pays	Code postal	Date de naissance	
Téléphone	Téléphone (autre)	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Ancienneté dans votre entreprise	
		Année Mois OU Date d'embauche	

Espace réservé à l'employeur
Pour faciliter votre gestion, cet espace permet d'utiliser votre codification interne (ex. : le numéro d'employé).

Date de l'événement d'origine
Date de l'accident du travail ou date à laquelle le travailleur a eu connaissance qu'il était atteint d'une maladie professionnelle.

Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Date de la détérioration de l'état de santé du travailleur reliée à une lésion professionnelle antérieure le rendant incapable d'occuper son emploi.

2- Renseignements sur l'employeur		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro		N° de dossier d'expérience	
Nom de l'employeur (raison sociale)		M U T		EXP	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement		N° de l'établissement	
N°, Rue, Bureau		<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20		ETA	
Ville, Province, Pays		Code postal			
Nom de la personne à joindre		Téléphone		Poste	
				Télécopieur	

Mutuelle de prévention
Regroupement d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche visant à favoriser la prévention des lésions professionnelles en vue de bénéficier d'une tarification qui reflète leurs efforts.

Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ce nombre correspond aux travailleurs inscrits sur votre liste de paie au moment de l'événement.

Numéro de dossier d'expérience
Vous devez indiquer le numéro du dossier d'expérience CNESST (EXP) auquel était rattaché le travailleur au moment de l'événement. Ce numéro paraît sur la documentation que la CNESST adresse aux employeurs.

Numéro de l'établissement
L'établissement désigne un lieu physique. Un employeur peut avoir plusieurs numéros d'établissement émis par la CNESST selon le nombre d'usines ou de succursales. Indiquez le numéro de l'établissement auquel est rattaché le travailleur. Ce numéro paraît sur la documentation que la CNESST adresse aux employeurs.

3- Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
--	--	---	--	---	---	--

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Exemples

Accident :
 Le travailleur est un boucher. En dépeçant une pièce de bœuf, il s'est coupé profondément à la main gauche avec un couteau.

Récidive, rechute ou aggravation :
 Il y a deux mois, le travailleur a eu un accident du travail qui a entraîné une entorse du genou et un arrêt de travail de deux semaines. Depuis son retour au travail, il dit avoir de plus en plus de douleur. Ce matin, il a consulté son médecin qui lui a donné un autre arrêt de travail.

Signature du travailleur ou de son représentant (facultative) Année Mois Jour

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Année Mois Jour	Attestation médicale électronique	R M <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----------------	---	-----------------	-----------------------------------	---

Description de l'événement selon la version du travailleur
 Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et gestes exécutés, etc. Dans les cas de récurrence, rechute ou aggravation, décrivez les circonstances entourant la réapparition de la lésion.

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie
 Elle correspond à la journée de travail au cours de laquelle le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion (jour de l'abandon). L'employeur est tenu de payer au travailleur 100 % de son salaire net perdu pour cette journée. Cette somme n'est pas remboursée par la CNESST.

Attestation médicale électronique
 Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro débute par RM, vous n'avez qu'à inscrire ce numéro ici. Il n'est pas nécessaire de transmettre cette attestation à la CNESST.
 Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro ne débute pas par RM, vous devez faire parvenir l'attestation médicale à la CNESST.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?
 L'employeur peut désigner un professionnel de la santé à qui la CNESST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4- Renseignements sur le retour au travail

Date de retour au travail Réelle Prévues Indéterminée

Type de retour Même emploi Assignation temporaire d'un travail Autre

L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? Oui Non

Assignation temporaire d'un travail
 Permet à l'employeur d'affecter le travailleur à des tâches sécuritaires et productives en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi. L'accord du professionnel de la santé qui a charge du travailleur est requis.

Ceci est le document que l'employeur doit remplir lorsqu'un accident de travail survient. Il est ici à titre informatif seulement vous n'avez pas à le remplir

5- Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut Contrat de travail (Information obligatoire) <input checked="" type="checkbox"/> \$ Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail <input checked="" type="checkbox"/> \$	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre
---	---	---

Contrat de travail (cette case doit toujours être complétée)
 Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année.
 Ex. : 15 \$/heure X 40 heures X 52.14 semaines = 31 284 \$
 Dans le cas du travailleur sur appel, vous devez indiquer le revenu brut d'un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable chez son employeur, en tenant compte notamment de l'expérience, des qualifications professionnelles et de l'ancienneté. Si c'est impossible, indiquez 0 et complétez la case Gagné au cours des 12 derniers mois.

Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail
 Le salaire brut que le travailleur a gagné à votre service au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail y compris toutes formes de rémunération telles que bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.

6- Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables <input type="text" value="0"/>	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable) <input type="text" value="0"/> \$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur <input type="text" value="0"/> = Salaire net X 90 % =	Remboursement réclamé <input type="text" value="0"/> \$
<input type="checkbox"/> Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.		<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	Année <input type="text" value=""/> Mois <input type="text" value=""/> Jour <input type="text" value=""/>

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'incapacité à effectuer son travail. Les jours payables correspondent aux jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé n'eût été sa lésion professionnelle; ils incluent les jours fériés.

Salaire brut perdu

Le salaire brut du travailleur est le salaire de son contrat de travail et comprend toutes les formes de rémunération qui étaient prévues (bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.). En 2022, le salaire maximum assurable brut est de 3 375, 53 \$ pour la période des 14 premiers jours.

Retenues à la source faites habituellement par l'employeur

Seules les retenues relatives à l'impôt fédéral, à l'impôt provincial, à l'assurance emploi, au régime de rentes et au régime québécois d'assurance parentale sont considérées aux fins de la détermination du salaire net. Elles sont calculées selon la situation familiale du travailleur déclarée à l'employeur.

Exemple 1

Le 4 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler le jour même. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 40 heures du lundi au vendredi, soit 5 jours de 8 heures. Il revient au travail le 13 novembre.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 4 novembre
- Jour de l'abandon : 4 novembre
- 14 premiers jours : 5 au 18 novembre
- Jour de retour au travail : 13 novembre
- Jours payables : 5, 6, 7, 8, 11 et 12 novembre

Exemple 2

Le 5 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler 2 jours plus tard, soit le 7 novembre. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 32 heures du mardi au vendredi, soit 4 jours de 8 heures.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 5 novembre
- Jour de l'abandon : 7 novembre
- 14 premiers jours : 8 au 21 novembre
- Jours payables : 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20 et 21 novembre

Remboursement réclamé

L'indemnité est versée au travailleur à la période de paie s'il a fourni à l'employeur une attestation médicale justifiant son incapacité de travailler. Pour être remboursé, l'employeur ou son représentant doit signer le formulaire et le transmettre à la CNESST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CNESST vous offre le virement automatique. Ce service permet de faire déposer dans votre compte bancaire les remboursements des indemnités de remplacement du revenu que vous avez versées au travailleur accidenté.

Avisez par téléphone la CNESST lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 185 418 \$.

Faire parvenir le document rempli à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

En ligne

cnesst.gouv.qc.ca

Par la poste

CNESST, C. P. 2026, Succ Terminus
Québec (Québec) G1K 0H9

Par télécopieur

1 855 722-8081

Pour rejoindre la CNESST, un seul numéro

1 844 838-0808

Ceci est le document que l'employeur doit remplir lorsqu'un accident de travail survient. Il est ici à titre informatif seulement vous n'avez pas à le remplir