



**Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail**
505 avenue University 7^e étage
Toronto, ON M5G 2P2
Téléphone : (416)314-8800; Télécopieur : (416)326-5164
ATS : (416)314-1787
Numéro sans frais dans les limites
de l'Ontario : 1-888-618-8846
Site Web : www.wsiat.on.ca

Avis d'appel pour employeurs

Remplissez ce formulaire pour interjeter appel des décisions définitives de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Envoyez-le au Tribunal par la poste ou par télécopieur accompagné d'une copie de la décision. Si vous l'envoyez par télécopieur, vous pouvez utiliser la page d'envoi à la fin de ce document.

À noter au moment de remplir votre formulaire d'avis d'appel

Vous devez remplir les pages 1 et 2 de ce formulaire et y joindre une copie de la décision que vous voulez porter en appel.

Si votre copie de la décision est imprimée recto-verso, assurez-vous de joindre toutes les pages. Le Tribunal vous renverra votre formulaire s'il est incomplet.



**Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail**
505 avenue University 7^e étage
Toronto, ON M5G 2P2
Téléphone : (416)314-8800; Télécopieur : (416)326-5164
ATS : (416)314-1787
Numéro sans frais dans les limites
de l'Ontario : 1-888-618-8846
Site Web : www.wsiat.on.ca

Avis d'appel pour employeurs

Dossier du TASPAAT n° :

Nom de l'entreprise : _____

Nous désirons interjeter appel
de la décision du :

jj / mm / aaaa

Numéro d'entreprise

1. CONTACT

Prénom _____

Nom de famille _____

Adresse (numéro et rue) _____

Bureau _____

Ville/Village _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone (travail) _____

Télécopieur _____

Prière de m'écrire en Français Anglais

2. REPRÉSENTATION

Prénom _____

Nom de famille _____

Catégorie du Barreau du Haut-Canada :

Avocat

Parajuriste

Exempt

(Choisir un de ceux-ci)

Nom de la compagnie, de l'association ou de l'organisme _____

Adresse (numéro et rue) _____

Bureau _____

Ville/Village _____

Province _____

Code postal _____

ou Nous allons présenter notre cas nous-mêmes.

Téléphone (travail) _____

Télécopieur _____

3. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU TRAVAILLEUR (S'IL Y A LIEU RELATIVEMENT À CET APPEL)

Prénom _____

Nom de famille _____

Adresse (numéro et rue) _____

Appartement _____

Ville/Village _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone (domicile) _____

Téléphone (travail) _____

jj / mm / aaaa

Dossier n° :

de la CSPAAAT

Date de l'accident :

4. QUESTIONS EN APPEL

Reportez-vous à la décision de la CSPAAT et choisissez A ou B.

- ou**
- A)** Nous en appelons de toutes les questions réglées dans la décision.
- B)** Nous en appelons seulement des questions suivantes

5. RAISONS POUR INTERJETER APPEL

Nous croyons que la décision est incorrecte ou qu'elle devrait être modifiée parce que :

- La législation et la politique n'ont pas été prises en considération de façon appropriée.
- La preuve n'a pas été prise en considération de façon appropriée.
- Nous avons besoin de plus d'espace pour expliquer. Nous joignons une autre page à ce formulaire.

6. SI NOUS GAGNONS CET APPEL, NOUS VOULONS QUE LE TRIBUNAL

- Nous avons besoin de plus d'espace pour expliquer. Nous joignons une autre page à ce formulaire.

7. ENGAGEMENT DE NON DIVULGATION ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Je (et tout représentant que je nomme) m'engage :

- à utiliser les renseignements reçus au cours de cet appel aux seules fins de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, conformément aux dispositions prévues à l'article 59 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- à ne divulguer à aucun tiers qui n'est pas une partie aucun document au dossier d'indemnisation du travailleur ou à tout dossier connexe ni aucun renseignement que le Tribunal ou le travailleur nous transmettra aux fins d'un appel, sauf d'une manière calculée pour prévenir l'identification d'un travailleur ou d'un cas particulier.

Nous comprenons que ce formulaire rempli et la décision qui y est annexée seront envoyés à toute personne que le Tribunal considère comme une partie intéressée.

jj / mm / aaaa

Signature de l'**employeur**

Date :

(En lettres moulées s'il-vous-plaît)

AVIS : Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis aux fins d'une instance relevant de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, L.O. 1997, chap. 16, Annexe A. Dans certains cas, le Tribunal peut avoir à recueillir des renseignements supplémentaires relativement à l'affaire. Tous les renseignements sont recueillis aux termes des articles 102, 123, 124, 129, 132 et 134 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Toutes les questions au sujet de cette quête de renseignements devraient être adressées au coordonnateur de la protection des renseignements personnels, Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 505, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 2P2, 416 314-8800.



**Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail**

505 avenue University 7^e étage

Toronto, ON M5G 2P2

Téléphone : (416)314-8800; Télécopieur : (416)326-5164

ATS : (416)314-1787

Numéro sans frais dans les limites

de l'Ontario : 1-888-618-8846

Site Web : www.wsiat.on.ca

Avis d'appel pour employeurs : Page d'envoi par télécopieur

À: T.A.S.P.A.A.T. (416-326-5164)

De : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Date : _____

Pages : _____

(y compris cette page)

C.C. : _____



UN MOMENT S'IL-VOUS-PLAÎT!

Avant d'envoyer ce formulaire par la poste ou par télécopieur, veuillez répondre aux questions suivantes.

- Avez-vous rempli les **deux** pages?
- Avez-vous joint une **copie de la décision** portée en appel?
- L'employeur** a-t-il signé l'engagement de non divulgation à la page 2?