

ETAT DU VERMONT

RESPONSABILITE DE L'EMPLOYEUR ET INDEMNITES SALARIALES

AVIS AUX EMPLOYES

CET EMPLOYEUR, _____, EST EN CONFORMITE AVEC LES TERMES DE L'ARTICLE 21 DES STATUTS DE L'ETAT DU VERMONT #687, ET A CONTRACTE UNE ASSURANCE D'INDEMNITE SALARIALE AVEC :

(NOM DE L'ASSUREUR)

CETTE COMPAGNIE OFFRE DES INDEMNITES SALARIALES DE COMPENSATION EN CAS DE PERTE DE TEMPS DE TRAVAIL, FRAIS MEDICAUX, HANDICAP OU DECES CONSECUTIFS A UN ACCIDENT DU TRAVAIL.

- UN EMPLOYE BLESSE DOIT AVERTIR IMMEDIATEMENT SON EMPLOYEUR DE SON ACCIDENT.
- L'EMPLOYEUR DOIT DECLARER LA PLAINTES DE L'EMPLOYE AINSI QUE DEPOSER « LE PREMIER RAPPORT DE L'EMPLOYEUR » CONCERNANT L'ACCIDENT (FORMULAIRE 1) AUPRES DU DEPARTEMENT DU TRAVAIL ET DE L'INDUSTRIE, POUR TOUTE BLESSURE NECESSITANT DES SOINS MEDICAUX, OU AYANT POUR CONSEQUENCE LA PERTE DE TEMPS DE TRAVAIL. CETTE DECLARATION DOIT ETRE FAITE DANS LES 72 HEURES QUI SUIVENT LA NOTIFICATION DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE.
- SI L'EMPLOYEUR NE DEPOSE PAS UN « PREMIER RAPPORT », L'EMPLOYE A LA POSSIBILITE DE FAIRE UNE DECLARATION « NOTIFICATION DE BLESSURE ET DEMANDE D'INDEMNITE » (FORMULAIRE #5) AUPRES DU DEPARTEMENT DU TRAVAIL ET DE L'INDUSTRIE, DANS LES SIX MOIS QUI SUIVENT LA DATE DE L'ACCIDENT.
- DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DROITS D'UN EMPLOYE VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL PEUVENT ETRE OBTENUS AUPRES DU DEPARTEMENT DU TRAVAIL ET DE L'INDUSTRIE EN APPELANT LE NUMERO SUIVANT : (802) 828-2286 OU TDD (800) 650-4152