

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne assurée	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne assurée
Date de naissance: <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> N° de contrat	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> N° de client

1 Profession de la personne assurée: _____

2 Nom et téléphone de l'employeur: _____

Ind. rég.
 Téléphone

3 À l'emploi de cet employeur depuis le:

 Année Mois Jour

4 Dernier jour de travail:

 Année Mois Jour

5 Quand la personne assurée a-t-elle été informée de la perte de son emploi?

 Année Mois Jour

6 Nombre d'heures par semaine travaillées chez cet employeur: _____

7 L'emploi perdu était-il:

- Temporaire? Oui Non
- Contractuel? Oui Non
- À temps partiel? Oui Non
- Saisonnier? Oui Non
- Permanent? Oui Non

8 L'emploi perdu était-il exercé au sein de l'entreprise personnelle de la personne assurée? Oui Non

9 La personne assurée était-elle en grève au moment de la perte de son emploi? Oui Non

10 La personne assurée a-t-elle déjà été absente de son travail plus de 14 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'un accident? Oui Non

Si oui, du

 Année Mois Jour au

 Année Mois Jour

11 Nom et adresse des employeurs précédant la perte d'emploi actuelle:

Nom et adresse de l'employeur	Début d'emploi	Fin d'emploi
_____	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour
_____	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour
_____	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour	<input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois Jour

12 Renseignements additionnels : _____

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 _____
Signature de la personne assurée

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Ind. rég.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Téléphone résidence