

## Réclamation pour perte d'emploi (Demande de prestations)

**⚠ Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande.**

### 3 CHOSES À FAIRE :

1. Joindre une copie du Relevé d'emploi émis pour Emploi et Développement social Canada (EDSC)
2. Remplir les sections A et D
3. Faire remplir les sections B et C par votre employeur

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires pour toute réclamation, veuillez communiquer avec nous au numéro suivant : **1 866 608-4746**.

Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h, sauf les jours fériés.

Numéro de contrat

### A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

|  |  |             |                                     |
|--|--|-------------|-------------------------------------|
| Nom de la personne assurée                             |  | Prénom      | Date de naissance<br>AAAA - MM - JJ |
| Adresse – N°, rue, app.                                |  | Ville       | Province                            |
|  |  |             | Code postal                         |
| N <sup>os</sup> de téléphone (indicatif rég. + numéro) |  | Résidence : |                                     |

### B. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

|  |  |
|--|--|
| Occupation habituelle  |  |
| Date d'entrée en service<br>AAAA - MM - JJ   | Dernier jour complet de travail<br>AAAA - MM - JJ  |
| <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel   | Nombre d'heures par semaine <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire |
| <input type="checkbox"/> Saisonnier (emploi commençant et se terminant à la même période annuellement)   |  |
| Date d'embauche<br>AAAA - MM - JJ  | Date d'arrêt du travail<br>AAAA - MM - JJ  |
| La personne assurée a-t-elle effectué au moins 20 heures de travail rémunéré par semaine et payé les cotisations à l'assurance-emploi prescrites par la loi au cours des 4 derniers mois précédant le dernier jour complet de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, précisez les raisons et périodes : |  |
| L'arrêt de travail de la personne assurée est-il lié à :   |  |
| • une perte d'emploi ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |
| Si oui, depuis quand la personne assurée en était-elle informée ? <u>AAAA - MM - JJ</u>  |  |
| • une démission volontaire ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |
| • une grève ou lock-out ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |
| • une fraude ou une infraction à la loi ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |
| • la retraite ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |
| • la terminaison d'un contrat à durée fixe ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |
| • tout congé ne mettant pas fin à un lien d'emploi (par exemple : année sabbatique, grossesse, etc.) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |
| • un retour aux études à temps plein ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |

|                            |        |                                     |
|----------------------------|--------|-------------------------------------|
| Nom de la personne assurée | Prénom | Date de naissance<br>AAAA - MM - JJ |
|----------------------------|--------|-------------------------------------|

**B. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR (SUITE)**

La personne assurée est-elle admissible à des prestations d'assurance-emploi?  Oui  Non

Si non, est-elle admissible à tout autre programme gouvernemental?  Oui  Non Si oui, expliquez la nature, le nom et depuis quelle date

**C. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR**

|                                |       |   |             |
|--------------------------------|-------|---|-------------|
| Nom de l'employeur             |       |   |             |
| Nom de la personne à contacter |       | N° de téléphone (indicatif rég. + numéro) |             |
|                                |       | Poste :                                   |             |
| Adresse – N°, rue              | Ville | Province                                  | Code postal |
| Signature de l'employeur _____ |       | Fonction _____                            | Date _____  |

**D. AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

- à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
- à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;
- à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_