



DÉCLARATION DU DEMANDEUR EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

Police N° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- Pensez-vous être en chômage plus de 30 jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- L'emploi que vous occupiez était-il : | | |
| a) saisonnier ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) à temps partiel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Êtes-vous parent avec votre ex-employeur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- (Personne du sexe féminin)
Avez-vous quitté votre emploi à cause d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Est-ce que la perte d'emploi est consécutive : | | |
| a) à une maladie ou blessure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) l'alcoolisme, la drogue ou abus de médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**POUR TOUTE RÉCLAMATION, JOINDRE À CE FORMULAIRE
VOTRE DERNIER RELEVÉ D'EMPLOI**

Complété à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____
SIGNATURE DU DEMANDEUR