

FORMULAIRE DE DEMANDE INITIALE D'INDEMNITÉ POUR PERTE D'EMPLOI

PARTIE 1 - DÉCLARATION À REMPLIR PAR LE MEMBRE

DEMANDE D'INDEMNITÉ N° : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS - J'autorise tout médecin, hôpital, assureur, employeur ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, données ou renseignements me concernant, à transmettre sur demande de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, de telles archives, données ou de tels renseignements.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de traitement de ma réclamation et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'originale.

SIGNATURE DU MEMBRE _____

CODE RÉG. - N° DE TÉLÉPHONE JOUR/MOIS/ANNÉE _____

PARTIE 2 - DÉCLARATION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur _____ N° téléphone (____) _____ N° télécopieur (____) _____
Code régional Code régional

Adresse _____ Heures de bureau _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

1. Nom de l'employé _____
Nom Initiales Prénom

2. Date à laquelle l'emploi a débuté avec votre compagnie : Jour _____ mois _____ année _____

3. Titre de l'emploi à la date de la dernière journée travaillée _____

Date d'emploi pour ce poste : Jour _____ mois _____ année _____

Veillez décrire brièvement les fonctions de l'emploi _____

Nombre d'heures normales travaillées par semaine _____ Salaire annuel _____
(excluant temps supplémentaire) (excluant temps supp., primes de rendement, etc.)

4. Est-ce que l'emploi de l'employé était classifié «saisonnier»? Oui Non Si «Oui», dates entre lesquelles le travail n'était pas disponible, du : _____ au _____
Jour/mois/année Jour/mois/année

5. Est-ce que l'emploi de l'employé était classifié «contractuel»? Oui Non Si «Oui», dates de la période d'effet du contrat, du : _____ au _____
Jour/mois/année Jour/mois/année

6. Date à laquelle l'employé a reçu l'avis initial quant à la perte de son emploi Jour _____ mois _____ année _____

7. Date d'effet de la cessation d'emploi de l'employé Jour _____ mois _____ année _____

8. Raison de la cessation d'emploi de l'employé : _____

9. Est-ce qu'un rappel au travail est probable? Oui Non Si «Oui», à quelle date pourrait avoir lieu ce rappel?
 Jour _____ mois _____ année _____

10. Date à laquelle vous lui avez remis son RELEVÉ D'EMPLOI _____ **VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE**
Jour/mois/année

11. Est-ce qu'une prestation de départ a été versée? Oui Non Si «Oui», veuillez indiquer le montant de la prestation et la période couverte par celle-ci : _____

Je certifie par la présente que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts.

Signature _____ Titre _____
(M., Mme, Mlle)

Nom en caractères d'imprimerie _____ Date _____
Jour/mois/année

Les renseignements fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de gestion des sinistres et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.