

Souscrite par :

**Compagnie d'assurance Triton**

1420-380 Wellington St  
London, Ontario N6A 5B5

Tél. : 800 285-8623 | Télécopieur : 877 772-2623

Formulaire de réclamation d'assurance chômage involontaire

Nom de l'assuré :

N° de succursale / compte :

Adresse postale de la succursale :

Date de réception à la succursale :

/   /

**DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE**

1. Veuillez dûment remplir toutes les sections et les cases du formulaire.
2. Si une question ne s'applique pas, tracez une ligne sur l'espace prévu pour la réponse.
3. Veuillez joindre une copie de la demande d'assurance de protection de prêt, de la demande de crédit et des cartes comptables nos 1 et 2, ou de l'équivalent de Symphony.
4. Veuillez joindre des copies des chèques ou relevés de prestations d'assurance emploi, pour l'intégralité de la période de chômage.

**REMARQUE : Les formulaires modifiés seront refusés.**

**DIRECTIVES POUR LA SOUMISSION**

1. Lorsque toutes les sections auront été remplies, veuillez retourner la demande d'indemnité à l'adresse en en-tête.
2. Gardez une copie du formulaire et toutes les pièces jointes pour vos dossiers.
3. Si le formulaire n'est pas dûment rempli et accompagné de toutes les pièces justificatives, le traitement de votre demande sera retardé.
4. Si vous choisissez de soumettre votre demande par courriel à l'adresse [InsClaims@onemainfinancial.com](mailto:InsClaims@onemainfinancial.com), sachez que cette méthode n'est pas considérée comme sécuritaire pour transmettre des renseignements personnels et médicaux.
5. Veuillez allouer 15 jours après l'expédition ou la télécopie pour le traitement des formulaires de demande d'indemnité dûment remplis.

Vous ne pouvez pas présenter d'action en justice ni en équité afin de recouvrer des prestations en vertu du présent certificat d'assurance, à moins qu'elle ne soit déposée dans les délais fixés par les lois provinciales ou territoriales en la matière : en Alberta – la *Loi sur les assurances*; en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Manitoba – la *Loi sur les assurances*; en Ontario – la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*; en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador – la *Loi sur la prescription des actions*; au Québec – le *Code civil du Québec*.

**AVIS RELATIF À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Compagnie d'assurance Triton recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels à votre sujet comme suit : (1) dans la Déclaration de Compagnie d'assurance Triton sur la confidentialité des renseignements personnels (dont vous pouvez obtenir une copie à l'adresse en en-tête); (2) dans la section *Autorisation relative aux renseignements personnels* du présent formulaire; (3) dans le formulaire de demande de l'assurance-crédit à l'origine de votre demande d'indemnité. Nous conservons un dossier contenant vos renseignements personnels aux fins susmentionnées, lequel peut être consulté au 1420-380, rue Wellington, London (Ontario) N6A 5B5. Seuls les employés, mandataires et autres représentants autorisés de Compagnie d'assurance Triton qui ont pour tâche d'administrer votre dossier, et les autres personnes autorisées par vous ou par la loi, peuvent avoir accès à votre dossier.

**En signant et en soumettant le présent formulaire d'indemnité en votre propre nom, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels de la manière décrite ci-dessus et ailleurs dans le présent formulaire de demande d'indemnité, y compris la section *Autorisation relative aux renseignements personnels* du présent formulaire de demande d'indemnité.**

SIGNATURE :

DATE :   /   /

**Autorisation relative aux renseignements personnels**

J'ai lu et je comprends parfaitement le contenu de l'Avis relatif à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels (« Avis ») et je reconnais et consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation, par Compagnie d'assurance Triton, de mes renseignements personnels aux fins précisées dans l'Avis. Aux fins d'enquête et de traitement de la demande d'indemnité, j'autorise et incite par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, employeur, commission de santé et sécurité au travail, représentant de Ressources humaines et Développement social ou toute autre organisation, institution, association ou personne identifiée dans l'Avis, qui possède actuellement, ou est susceptible de le faire dans l'avenir, des documents ou des renseignements à mon sujet ou relatifs à ma santé, à mes antécédents de travail, aux prestations versées ou à toute information connexe à divulguer à Compagnie d'assurance Triton, ainsi qu'à ses représentants et réassureurs autorisés, à la demande de Compagnie d'assurance Triton, toute information de cette nature aux fins mentionnées dans l'Avis. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'autorisation originale.

SIGNATURE :

DATE :   /   /

**1. DÉCLARATION DE L'ASSURÉ** Veuillez inscrire tous les renseignements en caractères d'imprimerie ou à la machine. Cette section doit être remplie, signée et datée par l'assuré.

Nom de l'employeur :  N° de tél. :  -  -

Adresse postale complète de l'employeur :  PROVINCE :  Code postal :

Profession :  Temps plein  Temps partiel  Saisonnier  Autre \_\_\_\_\_ Nombre total d'heures par semaine :

Raison de l'arrêt de travail :  Mise à pied non saisonnière / pénurie de travail  Mise à pied saisonnière  Lock-out  
 Fermeture annuelle ou régulière prévue  Mise à pied permanente  Fin de contrat  
 Autre \_\_\_\_\_

Date d'embauche :  /  /  Dernier jour de travail :  /  /

Avez-vous reçu une indemnité de départ?  Oui  Non Date d'avis de départ :  /  /

Inscrit aux :  Prestations régulières de l'assurance-emploi  Prestations de maladie de l'assurance-emploi  Non-inscrit aux prestations de l'assurance-emploi  
Date d'inscription :  /  /  Date du 1<sup>er</sup> paiement approuvé par l'assurance-emploi :  /  /

Date du retour au travail :  /  /  En cas de reprise du travail, jours par semaine :  Heures par jour :

*J'atteste, au mieux de mes connaissances et convictions, que les déclarations qui précèdent, y compris toute déclaration qui les accompagne, sont véridiques, exactes et complètes.*

SIGNATURE :  DATE :  /  /

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :  VILLE :  PROVINCE :  CODE POSTAL :

## 2. DÉCLARATION DU PLUS RÉCENT EMPLOYEUR Cette section doit être remplie par votre plus récent employeur.

Date d'embauche :

J	J	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Dernier jour de travail :

J	J	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nbre d'heures de travail par semaine :

Nbre de mois de travail :

Titre du poste; si vous détenez une entreprise individuelle, ou êtes propriétaire ou associé, indiquez-le :

Type d'emploi :  temps plein  temps partiel  saisonnier  temporaire

Raison de l'arrêt de travail :

Mise à pied non saisonnière / pénurie de travail

Mise à pied saisonnière

Lock-out

Fermeture annuelle ou régulière prévue

Mise à pied permanente

Fin de contrat

Autre \_\_\_\_\_

Date prévue de retour au travail :

J	J	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

L'employé a-t-il eu une interruption précédente de travail d'une durée de 30 jours ou plus?  Oui  Non Si oui,

Du :	Au :	Motif :
J J / M M / A A	J J / M M / A A	
J J / M M / A A	J J / M M / A A	
J J / M M / A A	J J / M M / A A	

NOM DE L'ENTREPRISE :	N° DE TÉLÉPHONE :		-		-	
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :	VILLE :	PROVINCE :		CODE POSTAL :		
SIGNATURE DE LA PERSONNE REMPLISSANT CETTE SECTION :			DATE :	J J / M M / A A		
NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :			TITRE :			