

Nom

N° de Compte

N° de Réclamation

(le cas échéant)

Formulaire de réclamation d'assurance chômage involontaire

AVIS

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 en la matière: en Alberta -- *Loi sur les assurances*; en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-Prince-Édouard, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et, au Manitoba -- *Loi sur les assurances*; en Ontario -- *Loi de 2002 sur la prescription des actions*; en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador -- *Loi sur la prescription des actions*; en Québec - *Le Code civil du Québec*.

AVIS CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION ET 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; et (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 de demande d'indemnité en votre propre nom et(ou) au nom de toute personne d'âge mineur, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels et(ou) de ceux de la personne d'âge mineur, 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 le droit 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 connexe, 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 qui est pertinente aux fins mentionnées dans l'Avis. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Signature

Date / /

DIRECTIVES

1. Veuillez dûment remplir toutes les sections et les cases du formulaire.
2. Veuillez joindre une copie de la demande d'assurance protection du prêt, Demande de crédit et historique des paiements les plus récents.
3. Gardez une copie pour vos dossiers. Nous attirons votre attention sur le fait que les courriels ne sauraient être considérés comme un moyen sûr de transmettre des renseignements personnels ou médicaux.

REMARQUE: Les formulaires modifiés seront refusés.

Nom

N° de Compte

N° de Réclamation

(le cas échéant)

Formulaire de réclamation d'assurance chômage involontaire - Déclaration de l'assuré
- Cette section doit être remplie par l'assuré.

Date de naissance / /

Adresse postale complète Ville Province Code postal

Nom de l'employeur N° de téléphone

Adresse postale complète Ville Province Code postal

Temps plein Temps partiel Saisonnier Autre 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 médicales de l'assurance-emploi Prestations régulières de l'assurance-emploi
 Non inscrit aux prestations de l'assurance-emploi

Date d'inscription / / Date du 1^{er} paiement approuvé par l'AE / /

Date à laquelle vous avez repris le 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 / /

Nom

N° de Compte

N° de Réclamation

(le cas échéant)

Formulaire de réclamation d'assurance chômage involontaire - Déclaration de l'Employeur - Cette section doit être remplie par votre employeur.

Date d'embauche

/ /

Dernier jour de travail

/ /

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

N° d'heures de travail par semaine

N° de mois de travail

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 _____

Type d'emploi: temps plein temps partiel
 saisonnier temporaire

Date prévue de retour au travail

/ /

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

Du _____ Au _____ Motif _____

Signature de la personne remplissant cette section

Date

/ /

Nom en caractères d'imprimerie

Titre

Nom de l'entreprise

N° de téléphone

Adresse postale complète

Ville

Province

Code postal