



FORMULAIRE DE DEMANDE / PLAN DE PROTECTION DE PAIEMENT INDEMNITE CHOMAGE OU CONGÉ

(Après 30 jours consécutifs de chômage ou de congé)

Pour nous permettre d'évaluer votre demande, vous devez répondre **COMPLÈTEMENT** à **TOUTES** les questions.

INSTRUCTIONS

1. Le Demandeur remplit la Partie 1.
2. L'employeur remplit la Partie 2.
3. La Partie 3 doit être remplie par le bureau local du syndicat **seulement** si vous appartenez à un syndicat.
4. **ATTACHEZ UNE COPIE DE VOTRE RELEVÉ D'EMPLOI.**

Une fois que vous avez rempli toutes les sections,
veuillez envoyer ce formulaire à :

TRANS GLOBAL INSURANCE GROUP
Suite 275, 16930-114 Avenue
Edmonton, Alberta T5M 3S2
Tél. : 1-844-930-6022 Téléc. : 1-844-930-6021
Adel: tgi@transglobalinsurance.ca

Partie 1 : Autorisation du Demandeur (Lettres moulées, SVP)

N° de compte ou de carte :

Nom du titulaire principal de la carte (premier nom sur le relevé de compte de la carte de crédit)

Date de naissance (M/J/A)

Adresse (N° appartement, rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (avec code régional)

() -

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Votre emploi ou le titre de votre poste : _____

Date du chômage involontaire (M/J/A) : Du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

Raison du chômage involontaire : _____

Pouvez-vous recevoir des indemnités pour le chômage pendant cette période? Oui Non

Si la réponse est « Non », pourquoi? _____

AVERTISSEMENT : Toute personne qui, en connaissance de cause, a l'intention de tromper une compagnie d'assurance ou une tierce partie et qui fait une demande d'indemnités ou une déclaration qui contient des informations fausses ou cache des informations concernant la demande en question dans le but de tromper l'entité à laquelle elle fait sa demande, commet une fraude par rapport à la loi sur l'assurance et peut faire l'objet de poursuites civiles.

DÉCLARATION et AUTORISATION : Je certifie que toutes les informations que j'ai données sur ce formulaire sont vraies et exactes. J'AUTORISE mon employeur, médecin, hôpital, société d'assurance, organisme chargé de l'application de la loi, services d'incendie ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, des données ou des informations sur cette demande à fournir ces archives, données ou informations à TRANS GLOBAL INSURANCE GROUP ou à son représentant autorisé (collectivement « Trans-Global ») si nécessaire. J'autorise également Trans-Global à partager l'information contenue dans ce formulaire avec les tierces parties qui seront nécessaires pour traiter ma demande. Je comprends qu'en signant cette autorisation, je renonce au droit que ces informations soient privilégiées. Une reproduction de cette autorisation sera aussi valide que la copie originale.

Signature du Demandeur

Date (M/J/A)

X

SUITE AU VERSO

CHÔMAGE INVOLONTAIRE

Partie 2 : Déclaration de l'employeur – à compléter par l'employeur le plus récent (Lettres moulées, SVP)

Nom complet de l'employé(e) : _____ Poste de l'employé(e) : _____

Cocher la raison de la perte involontaire de l'emploi.

- Invalidité Devoirs militaires Grève sauvage Mise à pied individuelle ou de masse
 Démission volontaire Mise à pied (normale, routine, saisonnière) Conflit syndical Retraite
 Grève générale Lockout Licenciement * Autre _____

* Raisons de la cessation d'emploi : _____

Type d'emploi :

- Temps plein Temps partiel Saisonnier Temporaire Combien d'heures par semaine? _____

L'employé(e) a-t-il / elle pu recevoir des indemnités chômage pendant cette période? Oui Non

Si la réponse est « Non », pourquoi? _____

La personne est-elle retournée au travail? Oui Non Si oui, à quelle date (M/J/A)? ____ / ____ / ____

Signature autorisée de l'employeur : _____ Titre : _____

Adresse de l'employeur : _____ Ville / Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (____) _____ Date (M/J/A) : ____ / ____ / ____

Partie 3 : Déclaration du bureau syndical local (Lettres moulées, SVP)

* À REMPLIR PAR UN REPRÉSENTANT SYNDICAL SEULEMENT SI VOUS FAITES PARTIE D'UN SYNDICAT *

Nom de la personne syndiquée : _____

Nom du syndicat _____ Adresse _____

Numéro de téléphone (____) _____

Est-ce que la personne susmentionnée est membre de votre syndicat ? Oui Non

À quelle date le travail s'est-il arrêté? ____ / ____ / ____

Pour quelle raison? _____

La personne est-elle retournée au travail? Oui Non Si oui, à quelle date? ____ / ____ / ____

Rempli par : _____ Position dans le syndicat : _____

Signature autorisée : _____ Date (M/J/A) : ____ / ____ / ____