

Nom de la personne assurée			Prénom de la personne assurée		
Date de naissance:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° de contrat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N° de client
	Année    Mois    Jour				

1 Profession de la personne assurée : \_\_\_\_\_

2 Nom et téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

  

Ind. rég.    Téléphone

3 À l'emploi de cet employeur depuis le:

Année    Mois    Jour

4 Dernier jour de travail:

Année    Mois    Jour

5 Quand la personne assurée a-t-elle été informée de la perte de son emploi?

Année    Mois    Jour

6 Nombre d'heures par semaine travaillées chez cet employeur : \_\_\_\_\_

- 7 L'emploi perdu était-il:
- Temporaire?     Oui  Non
- Contractuel?     Oui  Non
- À temps partiel?  Oui  Non
- Saisonnier?     Oui  Non
- Permanent?     Oui  Non

8 L'emploi perdu était-il exercé au sein de l'entreprise personnelle de la personne assurée?  Oui  Non

9 La personne assurée était-elle en grève au moment de la perte de son emploi?  Oui  Non

10 La personne assurée a-t-elle déjà été absente de son travail plus de 14 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'un accident?  Oui  Non

Si oui, du 

 au

Année    Mois    Jour                      Année    Mois    Jour

11 Nom et adresse des employeurs précédant la perte d'emploi actuelle:

Nom et adresse de l'employeur	Début d'emploi	Fin d'emploi
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Année    Mois    Jour	Année    Mois    Jour
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Année    Mois    Jour	Année    Mois    Jour
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Année    Mois    Jour	Année    Mois    Jour

12 Renseignements additionnels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)

\_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Ind. rég.      Téléphone résidence

### Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au [beneva.ca](https://beneva.ca).