

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR EN CAS DE PERTE D'EMPLOI**

Police N° : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- Pensez-vous être en chômage plus de 30 jours ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- L'emploi que vous occupiez était-il :   |                          |                          |
| a) saisonnier ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) à temps partiel ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Êtes-vous parent avec votre ex-employeur ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- (Personne du sexe féminin)<br>Avez-vous quitté votre emploi à cause d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Est-ce que la perte d'emploi est consécutive :  |                          |                          |
| a) à une maladie ou blessure ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) l'alcoolisme, la drogue ou abus de médicaments ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**POUR TOUTE RÉCLAMATION, JOINDRE À CE FORMULAIRE  
VOTRE DERNIER RELEVÉ D'EMPLOI**

Complété à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU DEMANDEUR**