

Données personnelles

insolvabilité

Nom	Prénom
Rue et numéro	Code postale et localité
Numéro de téléphone	Adresse e-mail
Etat civil Marié(e), partenaire enregistré(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/>	Date de naissance
Date d'entrée dans l'entreprise	Date du dernier jour <u>effectivement</u> travaillé
Contrat de travail Écrit <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/>	
Le rapport de travail a-t-il été résilié ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui Pour quelle date : Durée du délai de congé :
Activité ou fonction dans l'entreprise	Horaire hebdomadaire de travail
Type de salaire Mensuel <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Montant du salaire :	Droit au 13^{ème} salaire Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Dernier salaire payé Date du versement : Mois concerné :	 A2o
Après ce dernier salaire, un montant vous a-t-il encore été versé par l'employeur ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui A quelle date : Quel montant :
Nombre de jours/semaines de vacances par année	Dates des vacances prises sur l'année en cours
Avez-vous un solde de vacances de l'année précédente ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui Nombre de jours :
Quelles créances de salaire vous sont dues jusqu'à la date de la faillite ? Libellés* et montants : (* par exemple : salaire de base, 13 ^{ème} salaire, solde vacances, heures supplémentaires, etc)	Seules les créances indiquées ci-contre seront retenues pour l'examen de la demande d'indemnité en cas d'insolvabilité !
Avez-vous eu un autre emploi durant les 4 derniers mois ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui Depuis quelle date :
Avez-vous été en arrêt de travail durant les 4 derniers mois ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui Maladie <input type="checkbox"/> Dates : Accident <input type="checkbox"/> Dates : Congé maternité <input type="checkbox"/> Dates : (joindre copie des certificats médicaux)
Avez-vous reçu des indemnités maladie, accident ou maternité durant les 4 derniers mois ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui Depuis quelle date : Type d'indemnité : (joindre copie des décomptes de l'assurance)
Lieu et date 	Signature 

J'atteste avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions et je prends connaissance que je suis pénalement punissable pour les fausses indications que j'aurais données ou pour les faits que j'aurais cachés. Si cela devait conduire à un versement à tort d'indemnités d'insolvabilité, je m'engage à rembourser les montants perçus.

Cette page est à remplir et à renvoyer à l'adresse ci-contre, avec les documents spécifiés dans la brochure « Informations aux demandeurs »

CAISSE CANTONALE NEUCHÂTELOISE D'ASSURANCE-CHÔMAGE
SECTEUR INSOLVABILITÉ
CASE POSTALE
CH-2301 LA CHAUX-DE-FONDS