

Demande de participation financière au paiement des primes d'assurance perte de gain pour personnes âgées de 45 ans et plus

Renseignements personnels

Nom	:	.....	Prénom	:	.....
Rue N°	:	.....	NPA localité	:	.....
Etat civil	:	.....	No de téléphone	:	.....
No AVS/AS	:	.....	Date de naissance	:	.....
Enfants à charge	:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E-mail	:	.....
<i>Si oui: noms, prénoms et dates de naissance</i>					
.....					
.....					
Papiers déposés à	:	.....	Nationalité	:	.....
<i>Etranger</i>					
type de permis	:	.....	Valable jusqu'au	:	.....

Situation de chômage

Avez-vous présenté une demande d'indemnités de chômage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous a-t-on refusé le droit aux indemnités ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de votre caisse	:	.....
.....		
Date d'ouverture de votre délai-cadre d'indemnisation	:	.....
Montant de votre gain mensuel assuré	:	Fr.
Montant de votre indemnité journalière brute de chômage	:	Fr.
Etes-vous au bénéfice d'un contrat d'occupation temporaire en art. 72, fin de droit ou en mesures de crise cantonales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui contrat conclu	:	du
	:	au
Montant de votre salaire mensuel brut	:	Fr.
Nom de l'institution ou du service employeur	:	.....

Fortune, biens immobiliers

Montant de votre fortune effective lors votre dernière taxation fiscale	: Fr.
Etes-vous propriétaire de bien(s) immobilier(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Description	:
Vous sert-il d'habitation principale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Estimation cadastrale	: Fr.
Hypothèques	: Fr.
Avez-vous une assurance-vie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Capital assuré	: Fr.
Date d'échéance	:

Contrat d'assurance perte de gain et relations de paiement

Avez-vous conclu une assurance perte de gain maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Valable dès le	:
Nom de la compagnie d'assurance	:
Délai d'attente	:jours
Indemnité journalière assurée	: Fr.
Votre numéro de compte	:
(N° IBAN si compte bancaire)	: CH.....
Nom et adresse de la banque	:
Autres remarques éventuelles	:
	:

Ce document doit être accompagné de :

- votre décompte de chômage, ou contrat et fiche de salaire concernant votre placement temporaire;
- votre dernière notification de taxation fiscale (**pages 1 et 2**);
- votre contrat d'assurance perte de gain avec indication de l'indemnité journalière assurée et de la prime mensuelle;
- bulletin de versement PTT ou ordre bancaire attestant du paiement de votre prime APG;

La demande est à retourner **impérativement avant la fin du mois pour lequel vous revendiquez le subsidie** à l'adresse suivante :

CAISSE CANTONALE NEUCHATELOISE
D'ASSURANCE-CHOMAGE (CCNAC)
Av. Léopold-Robert 11a
2302 La Chaux-de-Fonds
☎ 032 889.67.90

Nous vous prions de remplir toutes les rubriques du questionnaire et d'informer la CCNAC de tout changement déterminant pour votre droit. Par ailleurs, nous vous rappelons que celui qui donne des indications fausses ou incomplètes s'expose à des poursuites pénales et à la restitution des prestations indûment touchés.

Lieu et date **Signature**