



# Formulaire de réclamation

(Action collective, C.S.M. 500-06-000873-170)

## Coordonnées du salarié (membre du groupe)

Prénom

---

Nom

---

Adresse

---

Ville / Code postal

---

Téléphone

Téléphone (autre)

---

Courriel

---

Date de naissance

---

## Informations relatives à l'emploi avec G4S

Date d'embauche G4S :

---

Statut d'emploi entre la date  
d'embauche et le 5 octobre 2014 :

---

Moyenne des heures hebdomadaires  
travaillées entre la date d'embauche et  
le 5 octobre 2014 :

---

Période(s) d'absence du travail entre la  
date d'embauche et le 5 octobre 2014  
(en précisant le mois et l'année) :

---

## Informations relatives à l'emploi avec Garda

Statut d'emploi

---

Horaire de travail depuis le 5 octobre  
2014 (en précisant tout changement au  
fil du temps)

---

Date de fin d'emploi (si applicable)

---

JE \_\_\_\_\_ (lettres moulées)

déclare que les informations contenues au formulaire sont vraies.

Signature : \_\_\_\_\_

Date :

Le formulaire doit être retourné au Conseil des fiduciaires du régime de retraite Multi-Secteur

**Alain Malaket, InBenefits**, 105 Commerce Valley Dr. West, Suite 310, Thornhill ON L3T 7W3