



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