Assurance-chômage
Demande d'indemnité de chômage

Nom

Prénom

N° AVS
7 5 6 . . .

Date de naissance
J J . M M . A A A A

Nationalité

Lieu d'origine (uniquement pour les ressortissants suisses)

Rue

Numéro

NPA

Lieu

Pays

Téléphone

E-mail

Relation bancaire (numéro IBAN)

État civil

☐ célibataire

☐ marié(e) / lié(e) par un partenariat enregistré / séparé(e)

☐ divorcé(e) / partenariat dissous

☐ veuf / veuve

Veuillez répondre à toutes les questions.
Si vous manquez de place pour répondre à une question, veuillez utiliser le champ «Remarques générales» à la page 7.

Date de la demande

1 À partir de quelle date demandez-vous l'indemnité de chômage ?

à partir de
J J . M M . A A A A

Situation personnelle

2 À quel taux d'occupation maximal souhaitez-vous travailler ?

% d'un emploi à plein temps

3 Êtes-vous actuellement apte, resp. en mesure de travailler au taux d'occupation souhaité ?

☐ oui ☐ non, limité à %. *Veuillez joindre un certificat médical.*

4 Avez-vous, vous, votre conjoint(e) ou partenaire enregistré(e), une obligation d'entretien envers des enfants jusqu'à 18 ans révolus, des enfants en incapacité de gain jusqu'à 20 ans révolus ou des enfants en formation jusqu'à 25 ans révolus ?

☐ non ☐ oui. *Veuillez joindre le formulaire «Obligation d'entretien envers des enfants» N° 10009f.*
Pour chaque enfant résidant à l'étranger, veuillez joindre le formulaire «Obligation d'entretien envers des enfants à l'étranger» N° 10010f.

10000f - 04-2025

Prestations d'autres assurances sociales

5 Recevez-vous une indemnité journalière ou une rente de l'une des assurances suivantes ou avez-vous déposé une demande auprès d'une de celles-ci ?

a) AVS | assurance-vieillesse et survivants
b) LPP | prévoyance professionnelle / caisse de pension
c) AI | assurance-invalidité
d) APG Mal | assurance perte de gain en cas de maladie selon la LAMal / LCA
e) AM | assurance militaire
f) AA | assurance-accidents
g) Assurance sociale étrangère

	non	oui	Demandé le J J . M M . A A A A	Indemnité journalière CHF	Rente par mois CHF	Perçue depuis le J J . M M . A A A A
a) AVS	☐	☐	. .			. .
b) LPP	☐	☐	. .			. .
c) AI	☐	☐	. .			. .
d) APG Mal	☐	☐	. .			. .
e) AM	☐	☐	. .			. .
f) AA	☐	☐	. .			. .
g)	☐	☐	. .			. .

Pour les indemnités journalières que vous percevez déjà, veuillez fournir le dernier décompte et envoyer toute correspondance future à la caisse de chômage. Si vous percevez une rente, veuillez joindre la ou les décisions correspondante(s).

6 Avez-vous reçu une prestation en capital de la prévoyance professionnelle / caisse de pension (LPP) ou d'une assurance-vieillesse étrangère ?

☐ non ☐ oui CHF _____ *Veuillez joindre des justificatifs.*

7 Avez-vous demandé à la caisse de pension (LPP) de prolonger volontairement votre couverture d'assurance pour les risques de décès et d'invalidité ?

☐ non ☐ oui. *Veuillez joindre une copie de la confirmation.*

Dernier rapport de travail

8 Avez-vous occupé un emploi durant les 12 derniers mois ?

☐ non, passez à la question 27. ☐ oui. Veuillez indiquer votre dernier employeur.

Nom du dernier employeur

Rue | Numéro

NPA | Lieu | Pays

9 Quelle était la nature de votre dernier rapport de travail ?

☐ emploi à plein temps
☐ emploi à temps partiel

☐ durée déterminée
☐ durée indéterminée
☐ emploi saisonnier

☐ temporaire
☐ apprentissage
☐ stage

☐ emploi sur appel
☐ emploi à la commission
☐ mesure relative au marché du travail financée par les pouvoirs publics

Veuillez joindre le formulaire «Attestation de l'employeur» N° 10006f.

10 Quelle était la durée du rapport de travail ?

du J J . M M . A A A A au J J . M M . A A A A

11 Quel a été votre dernier jour de travail ?

le J J . M M . A A A A

12 Est-ce qu'un contrat de travail écrit a été signé ?

☐ non ☐ oui. *Veuillez joindre une copie du contrat de travail.*

Résiliation

13 Qui a résilié le rapport de travail ?

☐ employeur ☐ moi ☐ commun accord ☐ contrat à durée déterminée

Quand ? J J . M M . A A A A Pour quelle date ? J J . M M . A A A A

☐ oralement ☐ par écrit. *Veuillez joindre une copie de la lettre de résiliation / convention de résiliation.*

14 Quel était le motif de la résiliation ?

Motif de la résiliation

15 Lors de la résiliation ou durant le délai de résiliation, étiez-vous en incapacité de travail en raison de maladie ou d'accident ?

☐ non ☐ oui, raison : ☐ maladie ☐ accident

du J J . M M . A A A A au J J . M M . A A A A

Veuillez joindre les copies des certificats médicaux.

16 Lors de la résiliation ou pendant le délai de résiliation, étiez-vous empêchée de travailler suite à un congé maternité ?

☐ non ☐ oui du J J . M M . A A A A au J J . M M . A A A A

17 Lors de la résiliation ou pendant le délai de résiliation, étiez-vous enceinte ?

☐ non ☐ oui du J J . M M . A A A A au J J . M M . A A A A

Si vous êtes encore enceinte : quelle est la date prévue de l'accouchement ? le J J . M M . A A A A

18 Au moment de la résiliation, pendant le délai de résiliation ou quatre semaines avant/après, avez-vous effectué un service militaire, civil ou de protection civile, ou allez-vous en effectuer un ?

☐ non ☐ oui du J J . M M . A A A A au J J . M M . A A A A

19 À la fin de l'engagement, reste-t-il un solde pour le «congé de l'autre parent» ? (Père ou épouse de la mère. Art. 329*g* CO : 2 semaines par enfant, à percevoir dans les 6 mois après la naissance)

☐ non ☐ oui, solde restant Nombre de jours

20 Au cours des 12 mois qui précèdent la fin du rapport de travail, avez-vous bénéficié d'un congé de prise en charge pour votre enfant gravement atteint dans sa santé ? (art. 329*i* CO : max. 14 semaines par enfant pour les deux parents)

☐ non ☐ oui, début du délai-cadre de congé de prise en charge le J J . M M . A A A A

21 Si vous avez répondu «oui» à l'une des questions 15 à 20 : vous a-t-on proposé une prolongation du délai de résiliation ?

☐ non ☐ oui, le délai de résiliation a été prolongé jusqu'au J J . M M . A A A A

☐ oui, mais je l'ai refusée.

Prétentions salariales

22 Avez-vous fait valoir des prétentions de salaire vis-à-vis de votre ancien employeur en relation avec le délai de résiliation ?

☐ non ☐ oui, pour la période

du (J J M M A A A A) au (J J M M A A A A)

Prétentions salariales CHF

Quelles prétentions salariales faites-vous valoir ?

Prétentions salariales

23 Ont-elles été contestées par l'employeur ?

☐ non ☐ oui

24 Envisagez-vous d'introduire une procédure auprès du tribunal des prud'hommes ?

☐ non ☐ oui ☐ elle a déjà été introduite. *Veuillez joindre des justificatifs.*

25 À la fin du rapport de travail, avez-vous bénéficié d'autres prestations financières, en plus du salaire auquel vous aviez droit ? (par ex. une indemnité de départ ou d'autres prestations volontaires)

☐ non ☐ oui *Veuillez joindre des justificatifs.*

Participation financière dans l'entreprise du dernier employeur

26 Vous ou votre conjoint(e) / partenaire enregistré(e), avez-vous/aviez-vous une participation financière ou une position dans l'organe décisionnel supérieur dans l'entreprise du dernier employeur ?
(par ex. actionnaire, membre du conseil d'administration d'une SA, associé(e), gérant(e) d'une Sàrl, etc.)

☐ non ☐ oui

Situation professionnelle actuelle et activité indépendante

27 Exercez-vous actuellement une autre activité lucrative ou percevez-vous encore un revenu ?

☐ non ☐ oui

Activité exercée en tant que

Taux % depuis le (J J M M A A A A)

S'agit-il d'une ☐ activité indépendante ☐ activité salariée. *Veuillez joindre le formulaire «Attestation de l'employeur» N° 10006f.*

Nom de l'employeur ou de votre entreprise individuelle

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

28 Avez-vous cessé une activité indépendante selon l'art. 9, al. 1, LAVS au cours des deux dernières années ?

☐ non ☐ oui, elle a duré

Veuillez joindre une attestation de la caisse de compensation mentionnant la durée et la cessation de cette activité.

du (J J M M A A A A) au (J J M M A A A A)

Participation financière dans une autre entreprise

29 Avez-vous une participation financière ou une position dans l'organe décisionnel supérieur dans une autre entreprise ?
(par ex. actionnaire, membre du conseil d'administration d'une SA, associé(e), gérant(e) d'une Sàrl, etc.)

☐ non ☐ oui

Nom de l'entreprise

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Justification d'emploi

30 Avez-vous exercé d'autres activités lucratives au cours des deux années précédant votre demande d'indemnité de chômage autres que celles indiquées aux questions 8 ou 27 ? ☐ non ☐ oui, lesquelles ?

Veuillez indiquer toutes les activités lucratives exercées en Suisse ou à l'étranger.
Pour les emplois en Suisse, veuillez joindre le formulaire «Attestation de l'employeur» N° 10006f. Pour les emplois dans un État membre de l'UE ou de l'AELE, veuillez joindre le formulaire PD U1 si vous en disposez.

Nom de l'employeur 1 du (J J . M M . A A A A) au (J J . M M . A A A A)

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Nom de l'employeur 2 du (J J . M M . A A A A) au (J J . M M . A A A A)

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Nom de l'employeur 3 du (J J . M M . A A A A) au (J J . M M . A A A A)

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Nom de l'employeur 4 du (J J . M M . A A A A) au (J J . M M . A A A A)

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Nom de l'employeur 5 du (J J . M M . A A A A) au (J J . M M . A A A A)

Rue Numéro

NPA Lieu Pays

Si la place ne suffit pas, veuillez énumérer d'autres activités lucratives dans le champ «Remarques générales» à la page 7.

Motifs d'empêchement

31 Avez-vous été empêché(e) de travailler totalement ou partiellement au cours des deux dernières années ? ☐ non ☐ oui. Veuillez lister les raisons et les périodes dans le tableau ci-dessous.

a) Service militaire suisse / civil / protection civile ou congé maternité / congé de l'autre parent (congé paternité) / congé de prise en charge, en dehors de vos rapports de travail.
Veuillez joindre une copie des pages pertinentes du livret de service et des décomptes APG.

b) Formation scolaire, reconversion, ou perfectionnement professionnel, en Suisse ou à l'étranger.
Veuillez joindre une attestation de l'établissement de formation indiquant la durée et l'étendue de la formation, ainsi qu'une attestation de domicile attestant d'une résidence d'au moins 10 ans en Suisse.

c) Maladie, accident, maternité (grossesse ou congé de maternité sans allocation de maternité).
Veuillez joindre les certificats d'incapacité de travail ainsi qu'une attestation de domicile pour la période de l'empêchement.

d) Séjour dans un établissement de détention, d'éducation au travail ou dans une institution de même nature, en Suisse.
Veuillez joindre une attestation pour la durée totale du séjour.

e) Périodes pendant lesquelles vous vous êtes consacré(e) à l'éducation de votre enfant en dehors d'un rapport de travail. L'enfant le plus jeune doit avoir moins de 10 ans au moment de la demande.

Motif (a b c d e)	du (J J . M M . A A A A)	au (J J . M M . A A A A)
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	. .	. .

Seuls les motifs d'empêchement en dehors d'un rapport de travail sont pertinents.

Demande de prestations suite à un événement extraordinaire

32 Demandez-vous des prestations de l'assurance-chômage suite à un événement extraordinaire qui s'est produit dans l'année précédant votre demande ?

☐ non ☐ oui, raison :

- ☐ Séparation ou divorce / suspension ou dissolution du partenariat enregistré
- ☐ Invalidité conjoint(e) / partenaire enregistré(e)
- ☐ Décès conjoint(e) ou partenaire enregistré(e)
- ☐ Fin de la prise en charge d'une personne nécessitant des soins faisant ménage commun avec vous
- ☐ Suppression de la rente d'invalidité
- ☐ Retour d'un séjour à l'étranger
- ☐ Autre événement semblable, veuillez le décrire :

Événement

Date de l'événement (J J . M M . A A A A)

Étiez-vous domicilié(e) en Suisse au moment où l'événement s'est produit ? ☐ non ☐ oui. *Veuillez joindre une attestation de domicile.*

10000f - 04-2025

Remarques générales

Instructions

Veuillez répondre à toutes les questions et joindre une copie des justificatifs ainsi que les originaux des formulaires. Les questions sans réponses et les pièces jointes incomplètes nécessitent des clarifications supplémentaires et peuvent retarder le versement de l'indemnité de chômage.

Confirmation

Je prends connaissance du fait que je suis tenu(e) de participer à des mesures relatives au marché du travail.

Je confirme avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité. Je prends acte du fait que, conformément aux art. 105/106 LACI, je suis punissable si je donne de fausses indications ou si je dissimule des faits pouvant entraîner le versement de prestations injustifiées. Toute prestation perçue à tort devra être remboursée.

Lieu

Date

J J . M M . A A A A

Signature

Annexes ☐ Documents relatifs aux questions 3 à 32 (copies des pièces justificatives, formulaires originaux)