



ELIGIBILITY REQUIREMENTS

- Any non-seasonal employee who is in a class indicated in this contract under CLASSES OF EMPLOYEES and who works for the minimum number of hours indicated in the SCHEDULE OF COVERAGE is eligible for coverage under this contract.
- Any seasonal employee is also eligible for coverage under the contract provided that his employment provides work for at least 8 months out of each 12-month period. In addition, for any such period of 8 months or more, the seasonal employment must provide a minimum of 1200 hours of work or a minimum income of \$22 000. The premium must be paid for each month of the year, including those months during which the employee is not at work due to a seasonal interruption.
- Any eligible person may submit an application for insurance within 30 days following the date he begins to contribute to the Workers Investment Fund, or at any other time with evidence of insurability.

1- IDENTIFICATION - PLEASE PRINT Phone: Home: _____ Cel: _____	
Name of employer	Account No. 140859
Address - No., street	Certificat No.
City Province Postal code	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Participant's last name First name	Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French
Address - No., street	Date of birth YYYY MM DD
City Province Postal code	Hours worked during a normal week
	Employment status Permanent: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time Seasonal: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time
	Occupation
	Date of eligibility YYYY MM DD

2- COVERAGES	
Life Insurance:	\$10,000
Accidental Death and Dismemberment:	up to a maximum of: \$10,000
Long-term Disability - Income:	Maximum: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$750 <input type="checkbox"/> \$1000
	If no choice is indicated, the minimum coverage according to the contract will apply.

3- BENEFICIARY(IES) - PLEASE PRINT			
For the province of Québec	Unless otherwise stipulated, the designation of a legal spouse or spouses joined in a civil union as beneficiary is IRREVOCABLE. Unless otherwise stipulated, the designation of any other person as beneficiary is REVOCABLE.		
For all other provinces	This designation of beneficiary is REVOCABLE unless otherwise stipulated.		
REVOCABLE:	means that the designation of beneficiary can be changed without the beneficiary's consent.		
IRREVOCABLE:	means that the signature of the irrevocable beneficiary is mandatory to change the beneficiary. The IRREVOCABLE designation of a minor cannot be changed until he or she reaches the majority.		
I hereby designate the following person(s) as beneficiary(ies):	Relationship	%	Please check
			<input type="checkbox"/> REVOCABLE <input type="checkbox"/> IRREVOCABLE
			<input type="checkbox"/> REVOCABLE <input type="checkbox"/> IRREVOCABLE
			<input type="checkbox"/> REVOCABLE <input type="checkbox"/> IRREVOCABLE

4- PERSONAL INFORMATION MANAGEMENT
Desjardins Financial Security Life Assurance Company (DFS) handles the personal information it has on you in a confidential manner. DFS keeps this information on file so that you may benefit from group insurance services offered by the Company. This information is consulted solely by DFS employees who need to do so in the course of their work. You have the right to consult your file. You may also have information corrected if you demonstrate that it is inaccurate, incomplete, ambiguous or not useful. To do so, you must send a written request to the following address: Privacy Officer, Desjardins Financial Security Life Assurance Company, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DFS may use the client list to offer its clients an insurance product following the termination of their group insurance. If you do not wish to receive these offers, you may have your name removed from the list. To do so, you must send a written request to the Privacy Officer at DFS.

5- DECLARATION AND AUTHORIZATION FOR THE COLLECTION AND COMMUNICATION OF PERSONAL INFORMATION
To the best of my knowledge, all the information I have provided on the claim form is accurate and complete. I acknowledge having read the Personal Information Management section. I authorize Desjardins Financial Security Life Assurance Company, strictly for the purposes of managing my file and settling this claim to: (a) collect from any person or legal entity, or from any public or parapublic organization, only the information deemed necessary to manage my file. The non-exhaustive list of sources from which information may be collected includes health care professionals or facilities, insurance companies; (b) communicate to the said persons or organizations only the personal information about me that is deemed necessary for the purposes of my file; (c) when necessary use the personal information it may have about me in existing files that are now closed.
This authorization is also valid for the collection, use and communication of personal information concerning my dependents, insofar as applicable to the claim. A photocopy of this authorization is as valid as the original.
SIGNATURE OF PARTICIPANT: _____ DATE: _____

ORIGINAL TO POLICYHOLDER - COPY TO PARTICIPANT

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

- Les employés non-saisonniers qui occupent un des types d'emploi mentionnés au contrat sous CATÉGORIES D'EMPLOYÉS et qui travaillent au moins le minimum d'heures indiquées au TABLEAU DES PROTECTIONS sont admissibles à l'assurance.
- Les employés saisonniers sont admissibles aux mêmes conditions que les employés non-saisonniers, s'ils travaillent pendant au moins 8 mois par période de 12 mois. De plus, durant chaque période de travail d'au moins 8 mois, l'employé doit effectuer un minimum de 1200 heures de travail ou avoir un revenu d'au moins 22 000 \$. La prime doit être versée à l'assureur pour chaque mois de l'année, y compris ceux durant lesquels l'employé n'est pas au travail en raison de la nature de son emploi saisonnier.
- Toute personne admissible peut soumettre une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle commence à contribuer au Fonds d'investissement des travailleurs (euses) ou en tout temps si elle fait parvenir les preuves d'assurabilité requises.

1- IDENTIFICATION - EN LETTRES MAJUSCULES		Téléphone maison :		cellulaire :	
Nom de l'employeur		N° de compte 140859		N° de certificat	
Adresse - N°, rue		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Ville Province Code postal		Date de naissance AAAA MM JJ			
Nom de famille de l'adhérent Prénom		Nombre d'heures de travail par semaine		Statut d'emploi Permanent : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Saisonnier : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	
Adresse - N°, rue		Profession		Date d'adhésion AAAA MM JJ	
Ville Province Code postal					

2- PROTECTIONS	
Assurance vie :	\$10,000
Assurance en cas de décès accidentel ou mutilation accidentelle :	jusqu'à concurrence de \$10,000
Assurance salaire de longue durée :	Maximum : <input type="checkbox"/> 500 \$ <input type="checkbox"/> 750 \$ <input type="checkbox"/> 1000 \$
Si aucun choix n'est coché, la protection minimale prévue au contrat s'appliquera.	

3- DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) - EN LETTRES MAJUSCULES			
Pour la province de Québec :		La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE , à moins de stipulation contraire.	
Pour toutes les autres provinces :		La présente désignation de bénéficiaire est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.	
RÉVOCABLE :		signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.	
IRRÉVOCABLE :		signifie que la désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure NE POURRA être changé avant sa majorité.	
Je désigne comme bénéficiaire(s) :	Lien de parenté	%	Cocher
			<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
			<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
			<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

4- GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

5- DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les protections offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions qu'il contient. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion de mon dossier, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à ne recueillir auprès de mon employeur ou de ses mandataires que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou à ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande.
J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon revenu d'emploi. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.
SIGNATURE DE L'ADHÉRENT :
DATE :

ORIGINAL AU PRENEUR - COPIE À L'ADHÉRENT