

## RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE

### Desjardins Assurances - Police 8752

**LA MISE À JOUR AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2017**

**SE FERA DU 24 NOVEMBRE AU 5 DÉCEMBRE 2016**

Seules les personnes qui **demandent des changements à leur protection (modifications ou annulation)** doivent compléter le formulaire de mise à jour.

*Toutes les personnes détentrices d'un contrat à temps plein ou à temps partiel devraient recevoir une attestation d'assurance de Desjardins Assurances.*

*Si vous ne l'avez pas reçue, veuillez communiquer avec l'APL.*

**POUR RENSEIGNEMENTS**  
(450-659-5491 ou sans frais  
514-877-5000- tonalité – 450-659-5491)



**IMPORTANT!!! Si vous apportez des changements à vos protections, Vous devez compléter le formulaire de mise à jour en ligne** (Voir instructions plus bas) et l'acheminer à l'APL par **COURRIEL** à l'adresse suivante (**assurances@aplcsq.net**) au plus tard le **5 décembre 2016**.

## FORMULAIRE DE MISE À JOUR EN LIGNE

Pour récupérer le formulaire **MISE À JOUR**, vous devez aller sur le site Web de L'Association des professeurs de Lignery (CSQ) : [www.lignery.ca](http://www.lignery.ca)

Aller dans l'onglet « **Documents** » et cliquez sur le sous-menu « **Formulaires et lettres types** »



Sous **Assurances**, vous allez dans **Desjardins Assurances**, et choisissez le formulaire **Mise à jour de votre dossier d'assurance**.

Vous complétez le formulaire de mise à jour directement à l'écran.

Pour transmettre le formulaire de mise à jour à l'APL, 2 possibilités s'offrent à vous :

<b>Si vous possédez une adresse courriel qui comporte vos nom et prénom</b>	<b>Si nous ne possédons pas une adresse courriel qui comporte vos nom et prénom</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauvegardez le formulaire de mise à jour en ligne, une fois complété</li> <li>• Transmettez par courriel (<a href="mailto:assurances@aplcsq.net">assurances@aplcsq.net</a>), en fichier joint, le formulaire que vous avez sauvegardé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprimer le formulaire de mise à jour que vous avez complété</li> <li>• <b>Signez le formulaire</b></li> <li>• Numérisez-le</li> <li>• Transmettez par courriel (<a href="mailto:assurances@aplcsq.net">assurances@aplcsq.net</a>), en fichier joint, le formulaire que vous avez numérisé.</li> </ul>

Pour transmettre le formulaire de mise à jour complété à l'APL, vous devez utiliser l'adresse courriel suivante : **[assurances@aplcsq.net](mailto:assurances@aplcsq.net)**



**Il est de votre responsabilité de demander qu'un accusé de réception de l'APL confirmant que nous avons bien reçu votre formulaire de mise à jour dûment complété.**

# PROTECTIONS OBLIGATOIRES

## ASSURANCE-VIE DE BASE : 30 000 \$

Primes 2017 par période de paie :

1,68 \$ / paie Incluant la  
taxe de 9 %  
**1,83 \$ / paie**

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

**Définition :** État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui nécessite des soins médicaux et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou tout emploi analogue comportant une rémunération similaire offerte par l'employeur

**Début :** À partir de la 105<sup>e</sup> semaine

**Durée :** Jusqu'à 60 ans

**Rente :** 75 % du salaire au début de l'invalidité sans excéder 100 % du salaire net

**Indexation :** L'indice des prix à la consommation ou maximum 3 %

Primes 2017 par période de paie :

**1,258 % du salaire**

(tableau des primes à la page 3) :

# PROTECTIONS FACULTATIVES

## ASSURANCE-VIE SUPPLÉMENTAIRE

**Somme assurée :** Déterminée selon le nombre de tranches de 10 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'une somme maximale de 120 000 \$.

**Preuve d'assurabilité :** Lorsque l'adhérent a plus de 50 ans ou s'il désire se prévaloir d'une somme assurée de 50 000 \$ ou plus.



*Aussi, si un adhérent annule la garantie d'assurance-vie supplémentaire peu importe la valeur et veut y adhérer de nouveau, il doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.*

Primes 2017 par tranche de 10 000 \$ par période de paie :

(tableau des primes à la page 3) :

1,27 \$ / paie / Incluant la  
taxe de 9 %  
**1,38 \$ / paie /**  
tranche de 10 000 \$ **tranche de 10 000 \$**

## ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

**Somme assurée :** 8 000 \$ pour le conjoint et  
4 000 \$ par enfant à charge de 24 heures ou plus

Primes 2017 par famille par période de paie :

1,45 \$ / paie Incluant la  
taxe de 9 %  
**1,58 \$ / paie**

## ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

### Frais d'hospitalisation au Canada :

Jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne assurée, sans limite de jours d'hospitalisation.

### Frais paramédicaux :

Remboursables à 80 %. Le montant indiqué, s'il ya lieu, est le maximum remboursé par personne assurée.

*Pour les garanties suivies d'un astérisque (\*), une ordonnance médicale est requise pour que les frais soient remboursés.*

- a) Les services d'une infirmière ou infirmier licencié \* (160 \$ / jour, 2 000 \$ / an).
- b) L'achat ou la location d'un fauteuil roulant, lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire. \*
- c) L'achat ou la location de prothèses orthopédiques, d'appareils orthopédiques ou de béquilles, d'orthèses ou de souliers orthopédiques \*.
- d) L'achat de prothèses mammaires externes (150 \$ / 24 mois) et l'achat d'une prothèse capillaire initiale à la suite d'un traitement de chimiothérapie (150 \$ / par personne assurée / durée du contrat).\*
- e) La location d'équipement thérapeutique ou l'achat, si plus économique. À titre d'exemple : appareils d'aérosolthérapie, stimulateurs de consolidation de fracture, instruments de surveillance respiratoire, respirateurs, pompe à insuline, neurostimulateurs cutanés. \*
- f) Les services suivants rendus sous la surveillance d'un médecin : examens aux rayons X et analyses de laboratoire, traitements au radium ou aux rayons X, oxygène, sang, plasma et transfusion.
- g) Les services professionnels d'un physiothérapeute ou d'un ostéopathe reconnu par son association professionnelle (1 000 \$ / année) pour l'ensemble de ces spécialistes).
- h) Les services de psychothérapie rendus par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec sont remboursables à 50 % et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée, à la condition que ce spécialiste soit membre en règle de son association professionnelle.
- i) Le service d'un thérapeute de la parole ou de l'ouïe, d'un acupuncteur, d'un podiatre, d'un ergothérapeute ou d'un chiropraticien. (35 \$ / traitement et 500 \$ / an par spécialiste).
- j) Les services d'un chirurgien dentiste à la suite à des **dommages accidentels** à une mâchoire fracturée ou à des dents naturelles pour des services engagés dans les 12 mois suivant l'accident, (maximum de 1 000 \$ / accident).
- k) L'achat de vêtements pour le traitement de brûlures ainsi que couches, sondes, cathéters ou produits du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale d'un organe ou d'un membre.

Primes 2017 par période de paie pour une protection

		Incluant la taxe de 9 %
Individuelle :	15,47 \$ / paie	<b>16,86 \$ / paie</b>
Monoparentale :	24,14 \$ / paie	<b>26,31 \$ / paie</b>
Familiale :	39,17 \$ / paie	<b>42,70 \$ / paie</b>

# TABLEAU DES PRIMES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2017



## Primes par période de paie – 26 versements

### DESJARDINS ASSURANCES PRIMES AU 1er JANVIER 2017

			Primes incluant taxe 9 %	
Assurance-vie de base	30 000 \$	1,68 \$ / paie	<b>1,83 \$</b>	
Assurance-vie supplémentaire	10 000 \$	1,27 \$ / paie	<b>1,38 \$</b>	Sans preuve d'assurabilité pour les moins de 50 ans
	20 000 \$	2,54 \$ / paie	<b>2,77 \$</b>	
	30 000 \$	3,81 \$ / paie	<b>4,15 \$</b>	
	40 000 \$	5,08 \$ / paie	<b>5,54 \$</b>	
	50 000 \$	6,35 \$ / paie	<b>6,92 \$</b>	Un formulaire d'état de santé doit être rempli
	60 000 \$	7,62 \$ / paie	<b>8,31 \$</b>	
	70 000 \$	8,89 \$ / paie	<b>9,69 \$</b>	
	80 000 \$	10,16 \$ / paie	<b>11,07 \$</b>	
	90 000 \$	11,43 \$ / paie	<b>12,46 \$</b>	
	100 000 \$	12,70 \$ / paie	<b>13,84 \$</b>	
	110 000 \$	13,97 \$ / paie	<b>15,23 \$</b>	
	120 000 \$	15,24 \$ / paie	<b>16,61 \$</b>	
Assurance accident maladie	Plan individuel	15,47 \$ / paie	<b>16,86 \$</b>	
	Plan monoparental	24,14 \$ / paie	<b>26,31 \$</b>	
	Plan familial	39,17 \$ / paie	<b>42,70 \$</b>	
Assurance des personnes à charge		1,45 \$ / paie	<b>1,58 \$</b>	
Assurance salaire de longue durée		1,258 % du traitement		

### ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

#### PRIMES AU 1er JANVIER 2017

(par période de paie - 26 versements)

Taux : 1,258 % du traitement

### ENSEIGNANTE OU ENSEIGNANT (TAUX ANNUELS)

#### ÉCHELLE UNIQUE

Échelons d'expérience	Échelle unique Primes au 1er janvier 2017		
	100%	Primes au 1er janvier 2017	Taux incluant taxe 9 %
1	39 880 \$	19,30 \$	21,03 \$
2	41 575 \$	20,12 \$	21,93 \$
3	43 344 \$	20,97 \$	22,86 \$
4	45 185 \$	21,86 \$	23,83 \$
5	47 107 \$	22,79 \$	24,84 \$
6	49 109 \$	23,76 \$	25,90 \$
7	51 196 \$	24,77 \$	27,00 \$
8	53 374 \$	25,82 \$	28,15 \$
9	55 642 \$	26,92 \$	29,35 \$
10	58 008 \$	28,07 \$	30,59 \$
11	60 475 \$	29,26 \$	31,89 \$
12	63 046 \$	30,50 \$	33,25 \$
13	65 724 \$	31,80 \$	34,66 \$
14	68 519 \$	33,15 \$	36,14 \$
15	71 431 \$	34,56 \$	37,67 \$
16	74 466 \$	36,03 \$	39,27 \$
17	77 633 \$	37,56 \$	40,94 \$



# INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE DES JARDINS ASSURANCES

## PARTIE A : IDENTIFICATION

Écrire vos **nom, prénom et matricule** (Le matricule apparaît sur le talon de paie et sur l'attestation d'assurance)

## PARTIE B : GARANTIES OBLIGATOIRES

Sont les garanties détenues par tous les enseignantes et les enseignants qui ont droit à l'assurance

## PARTIE C : GARANTIES FACULTATIVES

Veillez indiquer dans la section « **PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2017** », toutes les protections que vous désirez **conserver** ou **ajouter** au 1<sup>er</sup> janvier 2017

Veillez indiquer dans la section « **PROTECTIONS ANNULÉES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2017** », toutes les protections que vous **possédez** **présentement** et que vous ne voulez plus au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**IMPORTANT! IMPORTANT! IMPORTANT! Voir note**

## PARTIE D : DÉCLARATION ET AUTORISATION ...

**Signature requise seulement si vous n'avez pas d'adresse courriel qui comporte vos nom et prénom : imprimez, signez, numérisez et envoyez** votre formulaire à l'adresse courriel suivante : [assurances@aplcsq.net](mailto:assurances@aplcsq.net)

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS  
**MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE**  
 L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ) – CONTRAT N° 8752

**Veillez remplir et retourner ce formulaire uniquement si vous désirez modifier ou annuler vos protections d'assurance.**

**A - IDENTIFICATION**

Nom	Prénom	Numéro matricule
-----	--------	------------------

**B - GARANTIES OBLIGATOIRES**

ASSURANCE VIE DE BASE	30 000 \$
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	75 % du salaire mensuel jusqu'à concurrence de 6 374 \$ par mois

**C - GARANTIES FACULTATIVES**

GARANTIES	PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2017	PROTECTIONS ANNULÉES AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2017
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. • 8 000 \$ en cas de décès du conjoint • 4 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE <input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection. 10 000 \$    20 000 \$    30 000 \$    40 000 \$ L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité. 50 000 \$    60 000 \$    70 000 \$    80 000 \$ 90 000 \$    100 000 \$    110 000 \$    120 000 \$ L'adhérent doit toujours fournir des preuves d'assurabilité.	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE <input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection. Individuelle    Monoparentale    Familiale	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.*

\* Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur seront requises si vous désirez adhérer ultérieurement à cette garantie.

**D - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je déclare avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-dessus. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire et en avoir reçu une copie. 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, ci-après nommée Desjardins Assurances, ou ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser mes renseignements et ceux de mon conjoint ou de mes personnes à charge et à les communiquer à des personnes ou organismes (pharmacies, professionnels de la santé, institutions, agences d'enquête et assureurs) à des fins de tarification, de gestion optimale de la santé, de vérification et de règlement des prestations. **J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire les cotisations requises, conformément aux polices établies au nom de mon association.** Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent
Signature du responsable chez l'employeur
Date

Veillez conserver une copie pour vos dossiers et retourner l'original à l'Association des professeurs de Lignery (A.P.L.).  
02522 (16-10) Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

## DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) OU DE FIDUCIAIRE

Ce formulaire est disponible sur le site de l'APL ([www.lignery.ca](http://www.lignery.ca)) sous l'onglet *Documents / Formulaires et lettres types*.



Une demande de désignation ou de changement de bénéficiaire peut se faire à tout moment au cours de l'année.

- Pour des raisons de conformité, ce formulaire doit être signé.
- Une fois le formulaire complété à l'écran, vous l'imprimez et le signez.
- Veuillez l'acheminer par une des façons suivantes :
  - par courrier, à l'adresse postale indiquée sur le formulaire ;
  - par courriel, à l'adresse suivante : [assurances@aplcsq.net](mailto:assurances@aplcsq.net).

C. P. 3000  
 Lévis (Québec) G5V 0Z0  
 desjardinsassurances.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

### DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) OU DE FIDUCIAIRE

**A - IDENTIFICATION** Remplissez cette section soigneusement et en lettres majuscules.

Nom de l'employeur ou du client	N° de contrat	N° de compte	N° d'identification ou de certificat
Nom de l'adhérent	Prénom		

**B - RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) (IRREVOCABLE(S))** Remplissez cette section soigneusement si la désignation de bénéficiaire(s) était IRREVOCABLE.

• Le changement de bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon IRREVOCABLE.  
 • Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur.  
 • Le bénéficiaire révoqué ne peut signer comme témoin.  
 • Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.  
 Je révoqué révoque par la présente la désignation de :  
 Nom et prénom (du/des) bénéficiaire(s) révoqué(s) : \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (du/des) bénéficiaire(s) désigné(s) à la section C ci-dessous, conformément aux dispositions du contrat.  
 Je consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire de l'assurance soit révoquée.

Signature du/des) bénéficiaire(s) révoqué(s)
Signature du témoin du/des) bénéficiaire(s)
Date

**C - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)**

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié ou un civilement lié si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.  
 Pour toutes les autres provinces : La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est IRREVOCABLE à moins de stipulation contraire.  
 Pour toutes les autres provinces : La présente désignation de bénéficiaire est IRREVOCABLE à moins de stipulation contraire.  
 IRREVOCABLE : signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans son consentement.  
 IRREVOCABLE : signifie que la désignation de bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement.  
 La désignation IRREVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

Nom et prénom (du/des) bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance et lieu/ Veillez cocher :
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrevocable

**D - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE FIDUCIAIRE** Ne s'applique pas au Québec.

Pour toutes les autres provinces : Remplissez cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.  
 Pour la province de Québec : Les dispositions de cette section s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.  
 Le fiduciaire désigné ci-dessous reçoit pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. Cette désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Nom et prénom du fiduciaire
Lien avec l'adhérent

Adresse du fiduciaire
Ville
Province
Code postal

Signature de l'adhérent :
Date :

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS
RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR

Veuillez conserver l'original et remettre une copie à l'adhérent. Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérent.  
 Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire.

2007 (16-10) Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.