L'Association des professeurs de Lignery (CSQ)

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

MISE À JOUR
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE
Desjardins Assurances - Police 8752

LA MISE À JOUR AU 1ER JANVIER 2020
SE FERA DU 28 NOVEMBRE AU 10 DÉCEMBRE 2019

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

Toutes les personnes détentrices d'un contrat à temps plein ou à temps partiel doivent 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 438-320-5491)

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 **10 décembre 2019.**

FORMULAIRE DE MISE À JOUR EN LIGNE

Le formulaire de mise à jour est disponible sur le site Web de L'Association des professeurs de Lignery (CSQ) : www.lignery.ca. Pour l'obtenir, cliquez d'abord sur l'onglet ***« Documents »*** puis sur le sous-menu ***«*** Formulaires et lettres types ***»***

Enfin, sous la rubrique « ***Assurances - Desjardins Assurances »***, vous trouverez le formulaire « ***Mise à jour de votre dossier d'assurance »***.

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

Pour transmettre ce formulaire à L'APL, 2 possibilités s'offrent à vous :

Si vous **possédez une adresse courriel** qui comporte vos **nom et prénom** :	Si vous **ne possédez pas d'adresse courriel** comportant vos **nom et prénom** :
• **Sauvegardez** d'abord le formulaire de mise à jour complété • Transmettez ensuite le formulaire sauvegardé par courriel à assurances@aplcsq.net en fichier joint.	• Imprimez le formulaire de mise à jour complété • **Signez-le** • Numérisez-le • Transmettez le formulaire numérisé par courriel à assurances@aplcsq.net en fichier joint.

Attention ! Pour transmettre le formulaire de mise à jour complété à L'APL, vous devez utiliser l'adresse courriel suivante :

assurances@aplcsq.net

Il est de votre responsabilité de demander 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 $

Prime 2020 par période de paie :		**Incluant la taxe de 9 %**
	1,35 $ / paie	**1,47 $ / 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 105e 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 %.

Prime 2020 par période de paie : (tableau des primes à la page 3) :	**1,454 % du salaire**

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.

Prime 2020 par tranche de 10 000 $ par période de paie : (tableau des primes à la page 3) :		**Incluant la taxe de 9 %**
	1,27 $ / paie / tranche de 10 000 $	**1,38 $ / paie / tranche de 10 000 $**

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

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

Prime 2020 par famille par période de paie :		**Incluant la taxe de 9 %**
	1,37 $ / paie	**1,49 $ / 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 y a 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 ou de neurostimulateurs cutanés. *
f) Les services suivants rendus sous la surveillance d'un médecin : examens au 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 de **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 de couches, de sondes, de cathéters ou de produits du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale d'un organe ou d'un membre.

Primes 2020 par période de paie pour une protection			**Incluant la taxe de 9 %**
	Individuelle :	14,33 $ / paie	**15,62 $ / paie**
	Monoparentale :	22,35 $ / paie	**24,36 $ / paie**
	Familiale :	36,26 $ / paie	**39,52 $ / paie**

TABLEAU DES PRIMES AU 1ER JANVIER 2020

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Primes par période de paie – 26 versements

DESJARDINS ASSURANCES
PRIMES AU 1er JANVIER 2020

				Primes incluant taxe 9 %	
Assurance-vie de base	30 000 $	1,35 $	/ paie	**1,47 $**	
Assurance-vie supplémentaire	10 000 $	1,27 $	/ paie	**1,38 $**	Sans preuve d'assurabilité pour les moins de 50 ans
	20 000 $	2,54 $	/ paie	**2,77 $**	
	30 000 $	3,81 $	/ paie	**4,15 $**	
	40 000 $	5,08 $	/ paie	**5,54 $**	
	50 000 $	6,35 $	/ paie	**6,92 $**	Un formulaire d'état de santé doit être rempli
	60 000 $	7,62 $	/ paie	**8,31 $**	
	70 000 $	8,89 $	/ paie	**9,69 $**	
	80 000 $	10,16 $	/ paie	**11,07 $**	
	90 000 $	11,43 $	/ paie	**12,46 $**	
	100 000 $	12,70 $	/ paie	**13,84 $**	
	110 000 $	13,97 $	/ paie	**15,23 $**	
	120 000 $	15,24 $	/ paie	**16,61 $**	
Assurance accident maladie	Plan individuel	14,33 $	/ paie	**15,62 $**	
	Plan monoparental	22,35 $	/ paie	**24,36 $**	
	Plan familial	36,26 $	/ paie	**39,52 $**	
Assurance des personnes à charge		1,37 $	/ paie	**1,49 $**	
Assurance salaire de longue durée	1,454 % du traitement				

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE
PRIMES AU 1er JANVIER 2020
(par période de paie - 26 versements)
Taux : 1,454 % du traitement

ENSEIGNANTE OU ENSEIGNANT (TAUX ANNUELS)
ÉCHELLE UNIQUE

	Échelle unique Primes au 1er janvier 2020		
Échelons d'expérience	**100%**	**Primes au 1er janvier 2020**	**Taux incluant taxe 9 %**
1	42 431 $	23,73 $	**25,86 $**
2	44 235 $	24,74 $	**26,96 $**
3	46 115 $	25,79 $	**28,11 $**
4	48 074 $	26,88 $	**29,30 $**
5	50 118 $	28,03 $	**30,55 $**
6	52 248 $	29,22 $	**31,85 $**
7	54 468 $	30,46 $	**33,20 $**
8	56 783 $	31,75 $	**34,61 $**
9	59 196 $	33,10 $	**36,08 $**
10	61 712 $	34,51 $	**37,62 $**
11	64 335 $	35,98 $	**39,22 $**
12	67 069 $	37,51 $	**40,88 $**
13	69 920 $	39,10 $	**42,62 $**
14	72 891 $	40,76 $	**44,43 $**
15	75 989 $	42,50 $	**46,32 $**
16	79 218 $	44,30 $	**48,29 $**
17	82 585 $	46,18 $	**50,34 $**

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE DESJARDINS 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

Garanties détenues par tous les enseignantes et les enseignants qui ont droit à l'assurance.

PARTIE C : GARANTIES FACULTATIVES

Veuillez indiquer, dans la section **« PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1ER JANVIER 2020 »,** toutes les protections que vous désirez **conserver** ou **ajouter** au 1er janvier 2020

Veuillez indiquer, dans la section **« PROTECTIONS ANNULÉES AU 1ER JANVIER 2020 »,** toutes les protections que vous **possédez présentement et que vous ne voulez plus au 1er janvier 2020.**

IMPORTANT! IMPORTANT!
Voir note

PARTIE D : DÉCLARATION ET AUTORISATION

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

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE

L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ) – CONTRAT N° 8752

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

A IDENTIFICATION

Nom | Prénom | Numéro matricule

Êtes-vous présentement au travail? ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes absent, veuillez spécifier la raison : | Date du début de l'absence :

B GARANTIES OBLIGATOIRES

ASSURANCE VIE DE BASE	30 000 $
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	75 % du salaire mensuel jusqu'à concurrence de 6 883 $ par mois

C GARANTIES FACULTATIVES

GARANTIES	PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1ER JANVIER 2020	PROTECTIONS ANNULÉES AU 1ER JANVIER 2020
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	☐ 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	☐ Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE	☐ Je désire adhérer à cette garantie. ☐ 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.	☐ Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	☐ Je désire adhérer à cette garantie. ☐ Je désire modifier ma protection. ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale	☐ 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 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 Assurances, 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**

Veuillez conserver une copie pour vos dossiers et retourner l'original à l'Association des professeurs de Lignery (A.P.L.).

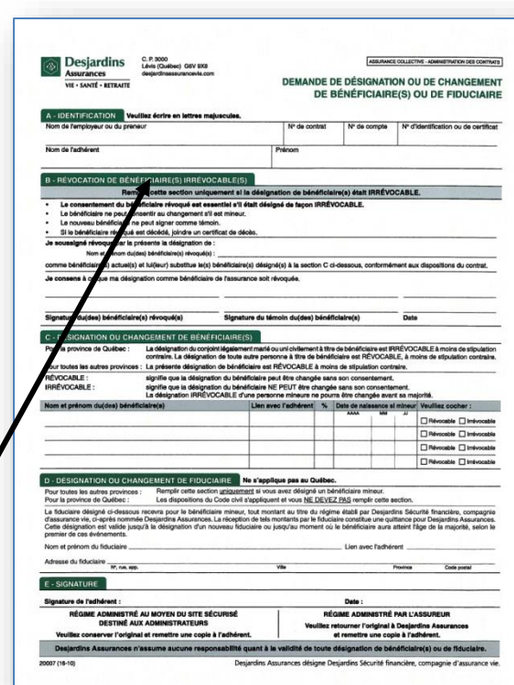
02522 (2019-10) Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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) 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 devez l'imprimer et le signer.
- Veuillez ensuite l'acheminer de l'une des façons suivantes :
  - **par courrier**, à l'adresse postale indiquée sur le formulaire ;
  - **par courriel,** à l'adresse suivante : **assurances@aplcsq.net.**



Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 8X8
desjardinsassurancevie.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

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

A - IDENTIFICATION Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur ou du preneur | N° de contrat | N° de compte | N° d'identification ou de certificat

Nom de l'adhérent | Prénom

B - RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) IRRÉVOCABLE(S)

Remplir cette section uniquement si la désignation de bénéficiaire(s) était IRRÉVOCABLE.

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon IRRÉVOCABLE.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.

Je soussigné révoque par la présente la désignation de :
Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s) révoqué(s) :
comme bénéficiaire actuel(s) et lui(leur) substitue le(s) 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 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 changée avant sa majorité.

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur AAAA	MM	JJ	Veuillez cocher :
						☐ Révocable ☐ Irrévocable
						☐ Révocable ☐ Irrévocable
						☐ Révocable ☐ Irrévocable
						☐ Révocable ☐ Irrévocable

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

Pour toutes les autres provinces : Remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.
Pour la province de Québec : Les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.

La fiduciaire désignée ci-dessous recevra 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 _____ N°, rue, app. | Ville | Province | Code postal

E - SIGNATURE

Signature de l'adhérent : | Date :

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS
Veuillez conserver l'original et remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
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.

20087 (16-10) Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.