L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ)

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

# CAMPAGNE DE MISE À JOUR
# RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE

## Desjardins Assurances - Police 8752

### LA CAMPAGNE DE MISE À JOUR APPLICABLE AU 1ER JANVIER 2026 SE DÉROULE DU 27 NOVEMBRE AU 8 DÉCEMBRE 2025

La campagne de mise à jour s'adresse à toutes les personnes détentrices d'un contrat à temps plein : poste permanent ou en voie de permanence (E1 et E2) ou à temps partiel.

**SEULES** les personnes désirant faire une modification à leurs protections doivent compléter le formulaire de mise à jour

En conformité avec la **Loi 25** sur les renseignements personnels, votre **attestation d'assurance ne sera pas imprimée**. Vous devez consulter vous-même le site de l'adhérent afin d'avoir la confirmation d'être bien assuré et pour valider vos protections actuelles. Lien pour le site de l'adhérent : https://www.desjardinsassurancevie.com/fr/

**IMPORTANT!!! Le formulaire de mise à jour** doit être complété **en ligne (Voir instructions plus bas)** et acheminé à L'APL par **COURRIEL** à l'adresse suivante : **(assurances@aplcsq.net)** au plus tard le **8 décembre 2025.**

## 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 ***« Conventions et droits »*** ensuite sur le sous-menu ***«Assurances »*** et sur le lien ***« Desjardins Assurances »***

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

Vous devez compléter le formulaire de mise à jour en ligne.

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<br>• En utilisant votre adresse courriel contenant votre nom et prénom, transmettez ensuite le formulaire sauvegardé par courriel à assurances@aplcsq.net en pièce jointe. | • Imprimez le formulaire de mise à jour complété<br>• **Signez-le**<br>• Numérisez-le<br>• Transmettez le formulaire numérisé par courriel à assurances@aplcsq.net en pièce jointe. |

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.**

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

***(À compléter seulement si vous souhaitez faire une modification)***

### 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 toutes les personnes enseignantes qui ont droit à l'assurance.

### PARTIE C : GARANTIES FACULTATIVES

Veuillez indiquer, dans la section **« PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1ER JANVIER 2026 »,** toutes les protections que vous désirez **conserver** ou **ajouter** au 1er janvier 2026

Veuillez indiquer, dans la section **« PROTECTIONS ANNULÉES AU 1ER JANVIER 2026 »,** toutes les protections que vous **possédez présentement et que vous ne voulez plus au 1er janvier 2026.**

### 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 du maximum prévu au contrat. |
| ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE<br>L'option de base est une protection obligatoire pour tous les participants qui sont couverts sous la protection médicament du régime de base de la CSQ (alter ego) | ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale ☐ Exempté<br>Le même statut de protection sélectionné pour l'assurance accident-maladie de base s'appliquera également aux protections choisies en accident-maladie facultative. |

**C GARANTIES FACULTATIVES**

- Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur seront requises si vous désirez adhérer ultérieurement à cette garantie.
- Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résolution* n° 19210F sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

| GARANTIES | PROTECTIONS DÉSIRÉES | PROTECTIONS ANNULÉES |
|---|---|---|
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE | ☐ Je désire adhérer à cette garantie.<br>• 8 000 $ en cas de décès du conjoint<br>• 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.<br>☐ Je désire modifier ma protection.<br>☐ 10 000 $ ☐ 20 000 $ ☐ 30 000 $ ☐ 40 000 $<br>L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité.<br>☐ 50 000 $ ☐ 60 000 $ ☐ 70 000 $ ☐ 80 000 $<br>☐ 90 000 $ ☐ 100 000 $ ☐ 110 000 $ ☐ 120 000 $<br>L'adhérent doit toujours fournir des preuves d'assurabilité. | ☐ Je désire annuler cette garantie. |
| ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE FACULTATIVE | ☐ Je désire adhérer à cette garantie.<br>☐ Je désire modifier ma protection.<br>☐ Option modérée (inclut l'option de base)<br>☐ Option enrichie (inclut l'option de base et l'option modérée)<br>**Vous devrez conserver l'option choisie pour une période de 24 mois.** | ☐ Je désire annuler cette garantie. |
| ASSURANCE SOINS DENTAIRES | ☐ Je désire adhérer à cette garantie.<br>☐ Je désire modifier ma protection.<br>☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale<br>**Si vous adhérez à cette garantie, vous devrez conserver celle-ci pour une période de 36 mois.** | ☐ Je désire annuler 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 (2021-12) Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

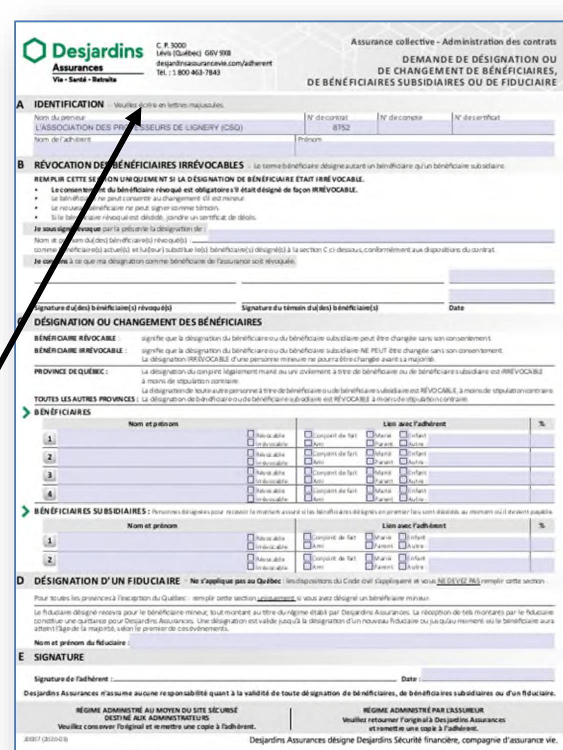
---

## 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 en ligne, 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 9X8
desjardinsassurancevie.com/adherent
Tél. : 1 800 463-7843

Assurance collective – Administration des contrats

DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRES, DE BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES OU DE FIDUCIAIRE

**A IDENTIFICATION** – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur: L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ) | N° de contrat: 8752 | N° de compte | N° de certificat

Nom de l'adhérent | Prénom

**B RÉVOCATION DES BÉNÉFICIAIRES IRRÉVOCABLES**

REMPLIR CETTE SECTION UNIQUEMENT SI LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ÉTAIT IRRÉVOCABLE.

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

**C DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DES BÉNÉFICIAIRES**

BÉNÉFICIAIRES

BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES

**D DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE**

Nom et prénom du fiduciaire :

**E SIGNATURE**

Signature de l'adhérent : | Date :

Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou d'un fiduciaire.

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 désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

# PROTECTIONS OBLIGATOIRES

## ASSURANCE-VIE DE BASE : 30 000 $

| | | |
|---|---|---|
| **Prime 2026 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 ou 61 si l'adhérent est touché par une réduction actuarielle de sa rente de retraite à 60 ans et à condition que l'assureur en soit avisé par écrit avant que des prestations ne soient versées.
**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 2026 par période de paie :**<br>(tableau des primes à la page 5) : | **1,134 % du salaire** |

## ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE[1]

(voir le tableau des protections ci-dessous)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Primes 2026 par période de paie pour une protection** | | | **Incluant la taxe de 9 %** |
| | Individuelle : | 6,63 $ / paie | **7,23 $ / paie** |
| | Monoparentale : | 9,94 $ / paie | **10,83 $ / paie** |
| | Familiale : | 16,58 $ / paie | **18,07 $ / paie** |

## ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

**OPTION DE BASE[1]**

- Soins psychologiques (80 % max 1 000 $ par année)
- Examens aux rayons x et analyse de laboratoire (80 % sans maximum)
- Traitement au radium ou rayon x (80 % sans maximum)
- Chambre d'hôpital semi-privée (100 % sans maximum)
- Ambulance (80 % sans maximum)
- Assurance voyage et assistance (maximum :5 000 000 $ viager)
- Assurance annulation de voyage (maximum : 5 000 $ par voyage)
- Accident aux dents naturelles (80 % jusqu'au maximum des frais raisonnables et coutumiers)
- Cure de désintoxication (80 % - 64 $ par jour, maximum de 30 jours par an par assuré)
- Soins infirmiers (80 % - 240 $ par jour; 5 000 $ maximum par assuré par an)
- Articles médicaux : (inclus les protections suivantes (80 % et application des frais raisonnables et coutumiers, si applicables)
    - Appareils auditifs (maximum : 560 $ par 48 mois)
    - Appareil d'aérosolthérapie
    - Simulateur de consolidation de fracture
    - Instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire
    - Appareils d'assistance respiratoire et oxygène, appareils orthopédiques et appareils thérapeutiques, pompe à insuline (maximum : aucun)
    - Article de stomie (en sus de la couverture du régime public)
    - Bas de soutien avec compression moyenne ou forte (maximum de 3 paires par année)
    - Chaussures orthopédiques (maximum de 2 paires par année)
    - Chaussures profondes
    - Fauteuil roulant
    - Glucomètre (maximum : 240 $ par assuré par 36 mois)
    - Lentilles intraoculaires
    - Membre artificiel (maximum de 10 000 $ par prothèse)
    - Neurostimulateur transcutané - tens (maximum : 800 $ par assuré par 60 mois)
    - Orthèses plantaires (maximum : 2 paires par année)
    - Accessoires pour pompe à insuline
    - Prothèse capillaire (maximum : 300 $ viager)
    - Prothèses mammaires (maximum de 2 prothèses externes par 24 mois)
    - Soutien-gorge postopératoire (maximum : 200 $ viager)
    - Transport et hébergement (maximum 1 000 $ par année par assuré)

# PROTECTIONS FACULTATIVES

## ASSURANCE ACCIDENT MALADIE – PARTICIPATION MINIMALE DE 24 MOIS (SUITE)

- Lorsqu'un regroupement est sélectionné (option modérée ou option enrichie), la participation à ce dernier est obligatoire pour 24 mois
- Après 24 mois, la personne adhérente peut choisir de conserver ou non ce regroupement
- Aucune preuve de bonne santé ne sera demandée lors de l'adhésion ou d'une mise à jour

---

[1] L'option de base est une protection obligatoire pour tous les participants qui sont couverts sous la protection médicament du régime de base de la CSQ alter ego.

**OPTION MODÉRÉE**

**Inclut l'option de base + les couvertures ci-dessous :**

- Physiothérapie
- Chiropratique
- Kinésithérapie
- Thérapie du sport
- Podiatrie / podologie
- Orthophonie / audiologie
- Ergothérapie
- Examen de la vue

Coassurance : 80 %, maximum combiné : 1 000 $ par année par personne assurée pour l'ensemble des services

**OPTION ENRICHIE**

**Inclut l'option de base + l'option modérée + les couvertures ci-dessous :**

- Massothérapie
- Orthothérapie
- Acupunture
- Diététique
- Naturopathie
- Homéopathie
- Ostéopathie

Coassurance : 80 %, maximum combiné : 2 000 $ par année par personne assurée pour l'ensemble des services

**Primes 2026 par période de paie pour une protection**

**Option modérée (ces taux incluent les taux de l'option de base)**

| | | Incluant la taxe de 9 % |
|---|---|---|
| Individuelle : | 21,55 $ / paie | **23,49 $ / paie** |
| Monoparentale : | 32,33 $ / paie | **35,24 $ / paie** |
| Familiale : | 53,88 $ / paie | **58,73 $ / paie** |

**Primes 2026 par période de paie pour une protection**

**Option enrichie (ces taux incluent les taux de l'option de base et de l'option modérée)**

| | | Incluant la taxe de 9 % |
|---|---|---|
| Individuelle : | 56,77 $ / paie | **61,88 $ / paie** |
| Monoparentale : | 85,21 $ / paie | **92,88 $ / paie** |
| Familiale : | 141,98 $ / paie | **154,76 $ / paie** |

## 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.*

| | | Incluant la taxe de 9 % |
|---|---|---|
| **Prime 2026 par tranche de 10 000 $ par période de paie :** (tableau des primes à la page 5) : | 1,27 $ / paie / tranche de 10 000 $ | **1,38 $ / paie / tranche de 10 000 $** |

## ASSURANCE VIE FAMILLE

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

| | | Incluant la taxe de 9 % |
|---|---|---|
| **Prime 2026 par famille par période de paie :** | 1,37 $ / paie | **1,49 $ / paie** |

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES PROTECTION FACULTATIVE (APPLICABLE SEULEMENT SI UN MINIMUM DE 250 PARTICIPANTS ADHÉRENT) PARTICIPATION MINIMALE DE 36 MOIS

**Soins préventifs (Remboursement : 80 %)**

- Examen buccal préventif (1 examen au 6 mois)
- Détartrage, polissage, traitement de fluorure (1 fois au 6 mois)
- Radiographies
- Tests et examens de laboratoire
- Scellant de puits et fissures
- Examen de laboratoire et tests
- Appareil de maintien
- Anesthésie locale

**Soins de base (Remboursement : 80 %)**

- Restauration
- Endodontie
- Parodontie
- Entretien de prothèses amovibles
- Chirurgie buccale
- Anesthésie générale, sédation consciente et sédation profonde

**Soins et restauration mineure (Remboursement : 50 %)**

- Facettes, incrustations et couronnes
- Prothèse amovible (partielle et complète)
- Prothèses fixes

**Franchise :** 50 $ par certificat

**Remboursement annuel maximal :** 1 000 $ par assuré

**Frais admissibles :** Selon le guide de tarification de l'année courante

**La participation minimale à cette protection est de 36 mois**

**Il est possible de choisir un niveau de protection (individuel, monoparental ou familial) différent pour la couverture en assurance accident-maladie et celle en assurance soins dentaires.**

**Primes 2026 par période de paie pour une protection**

| | | Incluant la taxe de 9 % |
|---|---|---|
| Individuelle : | 24,55 $ / paie | **26,76 $ / paie** |
| Monoparentale : | 37,30 $ / paie | **40,66 $ / paie** |
| Familiale : | 61,85 $ / paie | **67,42 $ / paie** |

# CALCULATEUR DES PRIMES AU 1ER JANVIER 2026

## Primes par période de paie – 26 versements

L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ)

Desjardins Assurances

### Le régime d'assurance de L'APL « Desjardins Assurances »

**Régimes complémentaires d'assurances**
**Calculateur des primes par période de paie**
(taux au 1er janvier 2026)
**Selon les options choisies (protections obligatoires et protections facultatives)**

**PROTECTIONS OBLIGATOIRES**

**Assurance-vie 30 000 $** 1,35 $/paie

**Assurance salaire longue durée (1,134 % du traitement)**

| ENSEIGNANTE OU ENSEIGNANT (TAUX ANNUELS) ÉCHELLE UNIQUE [1] | | |
|---|---|---|
| Échelon | 100% | Prime par paie |
| 1 | 52 799 $ | 23,03 $ /paie |
| 2 | 56 326 $ | 24,57 $ /paie |
| 3 | 61 602 $ | 26,87 $ /paie |
| 4 | 64 032 $ | 27,93 $ /paie |
| 5 | 66 558 $ | 29,03 $ /paie |
| 6 | 69 182 $ | 30,17 $ /paie |
| 7 | 71 910 $ | 31,36 $ /paie |
| 8 | 74 745 $ | 32,60 $ /paie |
| 9 | 77 695 $ | 33,89 $ /paie |
| 10 | 80 757 $ | 35,22 $ /paie |
| 11 | 82 517 $ | 35,99 $ /paie |
| 12 | 86 025 $ | 37,52 $ /paie |
| 13 | 89 682 $ | 39,12 $ /paie |
| 14 | 93 492 $ | 40,78 $ /paie |
| 15 | 97 464 $ | 42,51 $ /paie |
| 16 | 102 857 $ | 44,86 $ /paie |

| | Individuelle | Monoparentale | Familiale |
|---|---|---|---|
| **Assurance accident-maladie (pour toutes les personnes qui ont le régime de base obligatoire SSQ (médicaments))** | 6,63 $/paie | 9,94 $/paie | 16,58 $ /paie |

**PROTECTIONS FACULTATIVES**

| | Individuelle | Monoparentale | Familiale |
|---|---|---|---|
| **Assurance accident-maladie** | | | |
| **Option modérée[2]** | 21,55 $/paie | 32,33 $/paie | 53,88 $/paie |
| **Option enrichie[3]** | 56,77 $/paie | 85,21 $/paie | 141,98 $/paie |
| **Sous-Total Assurance accident-maladie** | | | |
| **Soins dentaires (minimum de 250 participants)** | 24,55 $/paie | 37,30 $/paie | 61,85 $/paie |

**Assurance-vie supplémentaire**

| Montant supplémentaire | Prime par paie |
|---|---|
| 10 000 $ | 1,27 $ /paie |
| 20 000 $ | 2,54 $ /paie |
| 30 000 $ | 3,81 $ /paie |
| 40 000 $ | 5,08 $ /paie |
| 50 000 $ | 6,35 $ /paie |
| 60 000 $ | 7,62 $ /paie |
| 70 000 $ | 8,89 $ /paie |
| 80 000 $ | 10,16 $ /paie |
| 90 000 $ | 11,43 $ /paie |
| 100 000 $ | 12,70 $ /paie |
| 110 000 $ | 13,97 $ /paie |
| 120 000 $ | 15,24 $ /paie |

Pour obtenir ce niveau d'assurance-vie additionnelle, un formulaire d'état de santé doit être rempli

**Assurance-vie famille** 1,37 $ /paie
**Personne conjointe: 8 000 $**
**Enfants à charge: 4 000 $**

| Inscrire le montant de la prime |
|---|
| 1,35 $ |

**ATTENTION** Si vous choisissez l'Option modérée ou l'Option enrichie, ne rien inscrire dans cette case

**Coût total selon les options choisies:**

**Coût total selon les options choisies (avec la taxe de 9 %):**

[1] L'échelle salariale de traitement considérée est celle de la convention collective 2023-2028 au 141e jour d'avril 2025.

[2] La prime assurance-accident maladie de base est incluse dans l'*Option modérée*

[3] Les primes accident-maladie de base et modérée sont incluses dans l'*Option enrichie*

# VARIATION DU COÛT RÉEL DE LA PRIME PAR PROTECTION ENTRE 2025 ET 2026

## BENEVA (médicaments)

| PROTECTION | 2025 | 2026 | Écart |
|---|---|---|---|
| | Incluant la taxe de 9 % | Incluant la taxe de 9 % | Incluant la taxe de 9% |
| Individuelle | 76,39 $ / paie | 79,13 $ / paie | +2,74 $ / paie |
| Monoparentale | 114,59 $ / paie | 118,71 $ / paie | +4,12 $ / paie |
| Familiale | 190,97 $ / paie | 197,85 $ / paie | +6,88 $ / paie |

## DESJARDINS ASSURANCES

| PROTECTIONS | 2025 | 2026 | Écart |
|---|---|---|---|
| | Incluant la taxe de 9 % | Incluant la taxe de 9 % | Incluant la taxe de 9 % |
| **ASSURANCE-VIE DE BASE : 30 000 $** | 1,47 $ / paie | 1,47 $ / paie | 0 $ |
| **ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE** | 1,189 % du salaire | 1,134 % du salaire | -4,6 % / paie |
| **Ex : Échelon 13 89 682 $** | 44,70 $ | 42,64 $ | -2,06 $ / paie |
| **Ex : Échelon 16 102 857 $** | 51,27 $ | 48,90 $ | -2,37 $ / paie |
| **ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE** | | | |
| Individuelle | 7,23 $ / paie | 7,23 $ / paie | 0 $ |
| Monoparentale | 10,83 $ / paie | 10,83 $ / paie | 0 $ |
| Familiale | 18,07 $/paie | 18,07 $ / paie | 0 $ |
| **ASSURANCE ACCIDENT MALADIE FACULTATIVE (OPTION MODÉRÉE)** | | | |
| Individuelle | 21,55 $ / paie | 23,49 $ / paie | +1,94 $ / paie |
| Monoparentale | 32,33 $ / paie | 35,24 $ / paie | +2,91 $ / paie |
| Familiale | 53,88 $ / paie | 58,73 $ / paie | +4,85 $ / paie |
| **ASSURANCE ACCIDENT MALADIE FACULTATIVE (OPTION ENRICHIE)** | | | |
| Individuelle | 56,77 $ / paie | 61,88 $ / paie | +5,18 $ / paie |
| Monoparentale | 85,21 $ / paie | 92,88 $ / paie | +7,67 $ / paie |
| Familiale | 141,98 $ / paie | 154,76 $ / paie | +12,78 $ / paie |
| **ASSURANCE-VIE SUPPLÉMENTAIRE** | 1,38 $ / paie / tranche de 10 000 $ | 1,38 $ / paie / tranche de 10 000 $ | 0 $ |
| **ASSURANCE-VIE FAMILLE** | 1,49 $ / paie | 1,49 $ / paie | 0 $ |
| **ASSURANCE SOINS DENTAIRES** | | | |
| Individuelle | 25,73 $ / paie | 26,76 $ / paie | +1,03 $ / paie |
| Monoparentale | 39,10 $ / paie | 40,66 $ / paie | +1,56 $ / paie |
| Familiale | 64,82 $ / paie | 67,42 $ / paie | +2,60 $ / paie |