

BIEN PRÉPARER SA RETRAITE

Aux membres de l'ADEL



Préparé par Francine Toupin

Aqder Laurentides – Aqder Mont-Laurier

Mai 2021

Mis à jour par Sylvie Poissant

Janvier 2025

TABLE DES MATIÈRES

	page
• Aqder	3
• Démarches à réaliser	4
• Assurances	5 à 7
• Revenus à la retraite	8
• Personnes à rencontrer aux différents Centres de service	9
• Comité de direction Aqder Laurentides/ site web	9
• Comité de direction Aqder Mont-Laurier/ site web	9
• Aqder provinciale / site web	10
• Liens utiles	11
• Formulaires à partir de la page	12



Madame, Monsieur,

L'Association québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement retraités, fondée depuis 1976, est un organisme sans but lucratif.

Au 1^{er} juillet 2020, notre Association comptait 3350 membres regroupés dans 21 sections autonomes réparties sur l'ensemble du territoire québécois.

La MISSION de l'AQDER consiste à « favoriser le mieux-être de ses membres retraités afin d'orienter l'avenir » et par sa VISION, l'AQDER se veut « le porte-parole reconnu pour les directrices et directeurs d'établissement d'enseignement retraités ».

ADMISSIBILITÉ

Toute personne qui a occupé un poste de direction d'établissement scolaire au cours de sa carrière est admissible dans les rangs de l'AQDER même si, au moment de la retraite, cette personne ne remplit plus cette fonction.

MISSION

Les buts poursuivis par l'AQDER sont d'étudier, promouvoir, développer et défendre les intérêts des membres, de collaborer avec les autres groupements pour favoriser les meilleures conditions économiques et sociales possible des membres et de favoriser l'existence et le progrès des sections.

COTISATION

La cotisation de l'AQDER est de 11,50 \$ par mois. Celle-ci est perçue directement à la source par Retraite Québec.

Bienvenue à l'AQDER !

Jean-Louis René, Directeur général

IMPORTANT: N'oubliez pas d'entreprendre les démarches suivantes au moins trois (3) mois avant la date de votre retraite:

- Vérifier votre état de participation au régime de retraite (Retraite Québec). *À faire annuellement.*
- Faire les démarches de corrections nécessaires à votre dossier s'il y a lieu. *À faire avec la personne responsable aux ressources humaines.*
- Vérifier vos jours monnayables, non-monnayables, et de vacances auprès de votre commission scolaire. *Le solde des banques est remboursé automatiquement.*
- Arrêter la date de prise de retraite à la lumière de toutes ces données et remplir une demande de rente de retraite (disponible au service des ressources humaines de votre centre de service). *C'est la personne des ressources humaines qui complète la demande de rente.*
- Démissionner de votre centre de service seulement après avoir mis votre dossier à jour. Cette démission doit être conditionnelle à l'acceptation de votre retraite par Retraite Québec. *La personne des ressources humaines peut offrir un support pour aider à la prise de décision.*
- Joindre l'AQDER, l'Association des directions d'établissement d'enseignement retraitées. Une telle adhésion est obligatoire pour participer au plan d'assurance maladie et à l'assurance vie. Vous devez appeler Madame Nancy Briand, secrétaire administrative au numéro suivant **514-353-3254** ou écrire à l'adresse courriel info@aqder.ca. Elle vous enverra la documentation requise. Vous devrez compléter le formulaire d'adhésion et fournir une preuve que vous avez occupé une fonction à la direction d'un établissement d'enseignement. *À faire par le retraité.*
- Faire votre demande d'adhésion au dépôt direct de Retraite Québec. *La personne des ressources humaines complète cette information directement dans la demande de rente.*

Assurances

- Adhérer à l'assurance médicaments de Beneva, régime de base (vous recevrez la brochure et le formulaire d'adhésion de Beneva par la poste). Cette adhésion sera effective jusqu'à vos 65 ans. Ensuite, la RAMQ prendra le relais pour vos médicaments. **À faire par le futur retraité.**
- S'inscrire à l'assurance maladie, voyage et annulation voyage avec l'Industrielle Alliance avant la prise de retraite officielle (formulaire ci-joint). **À faire par le futur retraité.**
- **Maintien d'assurance vie sans preuve d'assurabilité :**
- Le formulaire de demande doit être obligatoirement signé au plus tard dans les **30 premiers jours** après la date de prise de retraite officielle. Vous devez aussi fournir le certificat d'assurances collectives de Beneva que vous avez actuellement au travail. **À faire par le futur retraité.**
- Après l'échéance de **30 jours**, vous devez absolument remplir un formulaire d'assurabilité. Vous éviterez ainsi des retards sur les retenues à la source par Retraite Québec.
- **Assurance chez un tiers (demande d'exemption) :**
- Un participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire, et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable, peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte, en vertu de la police collective.
- Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du participant et de ses personnes à charge ou de ses personnes à charge uniquement.
- Si l'assurance en vertu de la police du conjoint prend fin en raison de la résiliation

d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité (événement de la vie, divorce, etc.) une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

- La demande doit être faite dans les 90 jours suivant la cessation de l'assurance, en vertu de la police du conjoint, et l'assurance, en vertu de la police collective, entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance, en vertu de la police du conjoint.

Pour tout autre renseignement ou obtenir les formulaires d'adhésion, communiquez avec Nancy Briand, au 514 353-3254.

Jean-Louis René, Directeur général
Mars 2021

Voici le lien pour toutes les informations concernant nos assurances :
<https://www.aqderlaurentides.com/assurances>

Voici un tableau qui compare la combinaison Beneva/Industrielle Alliance vs Beneva enrichi (Tarification payée mensuellement en 2025)
Industrielle Alliance : couvre assurance santé, voyage et annulation voyage
Beneva : Assurance médicaments (Régime de base)

<u>Protection</u>	<u>I.A.</u>	<u>Beneva Base</u>	<u>Total</u>	<u>Beneva enrichi</u>
moins de 65 ans				
Individuelle	52,34 \$	145,86 \$	198,20 \$	264,40 \$
Familiale	105,50 \$	287,14 \$ ⁽¹⁾	392,64 \$	530,27 \$
Monoparentale	85,68 \$	188,07 \$	273,75 \$	342,71 \$
Couple	101,87 \$	287,14 \$ (1)	389,01 \$	530,27 \$
65 ans et + sans médicaments ⁽²⁾				
Individuelle	52,34 \$		52,34 \$	59,93 \$
Familiale	105,50 \$		105,50 \$	116,35 \$
Monoparentale	85,68 \$		85,68 \$	77,94 \$
Couple	101,87 \$		101,87 \$	116,35 \$

**COMPARATIF DES PRINCIPALES DIFFÉRENCES ENTRE LE RÉGIME DE L'AQDER ET LE RÉGIME DES CADRES
RETRAITÉS DU GOUVERNEMENT (CONTRAT BENEVA Y9999R) au 1er janvier 2025***

Garanties	AQDER	PERSONNEL D'ENCADREMENT GVT (maladie enrichie)
En plus pour l'AQDER		
Franchise annuelle	aucune	individuel: 50 \$; monoparental: 65 \$; familial: 100 \$
Médicaments non RAMQ	Liste élargie	Liste régulière
Couverture des médicaments pour le traitement de l'obésité	Oui	Non
Prothèse auditive	max payable de 1 600 \$ par 48 mois consécutifs	max payable de 800 \$ par 48 mois consécutifs
Professionnels de la santé	max payable de 40 \$ par traitement ou consultation	max payable de 24 \$ ou 28 \$ par traitement ou consultation selon le professionnel rencontré
	Programme de médecine virtuelle - Dialogue	Aucun

*: Le présent document présente les principales différences entre les deux régimes. Il y a quelques autres distinctions, mais les différences ici présentées sont celles ayant un impact "significatif" sur la tarification des deux régimes.

Revenus à la retraite

Voir avec votre conseiller financier les options disponibles

Mes revenus à la retraite

À 60 ans

Rente de retraite : années de service (moyenne des 5 meilleures) x 2% = _____

(max 40) x 2% = _____

si RRQ (64%) = _____

À 65 ans : À 70 ans :

*Rente de retraite

(réduite) _____ Rente de retraite (réduite) _____
si RRQ (60 ans) 64% _____ si RRQ (60 ans) 64% _____ si RRQ (65 ans) 100%
_____ si RRQ (65 ans) 100% _____ si SV 100% _____ si RRQ (70 ans)
142% _____ si SV (65 ans) 100% _____
si SV (70 ans) 156% _____

*à 65 ans : coordination

années de service (max 35) x MGA (moyenne 5 dernières années x 0,7% = intégration

_____ x _____ x 0,7% = _____

Source : Denis Duval - Aqder

Notes : _____

Personnes à rencontrer à votre Centre de services scolaire

CSSMI		
Patricia Boutin (A-E)	450-974-7000 Poste: 2880	patricia.boutin@cssmi.qc.ca
Constance Trépanier (F-L)	450-974-7000 Poste : 2806	constance.trepanier@cssmi.qc.ca
Hélène Bouchard (M-Z)	450-974-7000 Poste : 2809	helene.bouchard2@cssmi.qc.ca

CSRDN		
Katy Sylvain	450-438-3131 Poste : 2135	sylvaink@csrdn.qc.ca

CSS des Laurentides		
Nancy Perron	819-326-0333 poste 20080	ressources.humaines@cslaurentides.qc.ca

CSS des Hautes Laurentides		
Manon Plouffe	819-623-4114 poste 5432	plouffe.manon@cspn.qc.ca

Comité de direction Aqder Laurentides

Présidente : **Sylvie Poissant** aqderlaurentidesp@gmail.com

Site web: <https://www.aqderlaurentides.com/>

Comité de direction Aqder Mont-Laurier

Président : **Michel Ouellette**

Site web : à venir

Aqder provinciale

Président : **Michel Gobeil** president@aqder.ca

Site web: <https://www.aqder.ca/>

Liens utiles pour futurs retraités

- Retraite Québec
- <https://www.retraitequebec.gouv.qc.ca/fr/Pages/accueil.aspx>
- Guide de la demande de rente de retraite (Retraite Québec)
- https://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/services/services_en_ligne/regime_rentes_quebec/Pages/rente_retraite.aspx
- Guide de la demande de retraite graduelle
- <https://www.carra.gouv.qc.ca/fra/formulaire/pdf/121fi.pdf>
- Entente avec Retraite Québec
- <https://www.carra.gouv.qc.ca/fra/associations/retraites.htm>
- Mes assurances à la retraite
- <https://www.aqder.ca/assurance>
- Retour au travail (dispositions RRPE)
- <https://www.aqder.ca/retour-au-travail-rrpe>

Formulaire



ADHÉSION À L'AQDER RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

MEMBRE

N.A.S.	DATE DE NAISSANCE
NOM (Employé par retraite Québec)	PRÉNOM (Employé par retraite Québec)
ADRESSE	VILLE
CODE POSTAL	TÉLÉPHONE AUTRE NUMÉRO
ADRESSE COURRIEL	SECTION (voir les choix au verso)
Type de régime (RRPE, RREGOP, RRE, RRCE)	DATE DE RETRAITE

CONJOINT

NOM DU CONJOINT À LA NAISSANCE	PRÉNOM
N.A.S.	DATE DE NAISSANCE

Autre personne à contacter si nécessaire _____

Tél. : _____ Courriel : _____

DÉDUCTIONS DES PRIMES D'ASSURANCE

J'autorise la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) à déduire de ma rente les primes annuelles d'assurance. (Déduites mensuellement)

Signature : _____	Date : _____
-------------------	--------------

AUTORISATION POUR FINS DE COTISATION

J'autorise la CARRA à déduire de ma rente la cotisation professionnelle de l'Association québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement retraités (11,50 \$ par mois)

Signature : _____	Date : _____
-------------------	--------------

L'AQDER vous enverra une carte de membre. Si vous en voulez une avec photo, veuillez nous envoyer une photo en jpg svp.

**DEMANDE DE PARTICIPATION OU DE MODIFICATION
ASSURANCE MALADIE ET MÉDICAMENTS ET ASSURANCE VIE**



Télécopieur : 1 888 780-2376

Courrier : Administration

C. P. 790, succursale B

Montréal (Québec) H3B 3K6

28000

N° de police _____

Type de demande – Faire un seul choix parmi les suivants :

Adhésion du nouveau retraité – précisez votre n° d'assurance sociale (obligatoire)

Adhésion du conjoint survivant – précisez votre n° d'assurance sociale (obligatoire)

Précisez la date de décès de l'assuré
principal (obligatoire) ^{A M J}

Modification – précisez votre n° de certificat _____
(Indiquer votre nom complet et fournir uniquement les informations qui doivent être modifiées ou ajoutées.)

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse :

Code

postal N° Rue App. Ville Province

d'adresse (s'il y a lieu) ^{A M J}

^{A M J}

Date d'effet du changement

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin Langue : Français Anglais ^{A M J}

Date de retraite : N° de téléphone _____ Ma pension de retraite est versée par Retraite Québec (la

CARRA) : Oui Non → Si oui, j'autorise Retraite Québec à déduire de ma rente la prime d'assurance collective.

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et notification du traitement de vos réclamations

n° succursale n° institution n° compte

Informations bancaires pour le dépôt direct :

1 2 3 4

1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).

2 Numéro de la succursale (5 chiffres).

3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).

4 Numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez **tous** les chiffres

Courriel pour la notification : _____ et seulement les chiffres.

Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.

Je ne veux pas recevoir de notification

N. B. : Vous pouvez visualiser le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux dans l'Espace client, notre site Web sécurisé, en tout temps.

Protection demandée : Individuelle Familiale Monoparentale Couple Exemptée* : Pour moi-même et mes personnes à charge Pour mes personnes à charge seulement

* L'exemption est disponible seulement si vous ou vos personnes à charge êtes déjà couverts en vertu d'un autre régime

d'assurance collective. Il sera d'ailleurs important de **fournir les renseignements sur le conjoint et sur son régime d'assurance collective à la section 4.**

Veuillez remplir les trois pages de ce formulaire et signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ».

Mai 2021
F54-018-45(21-05) PAGE 1 DE 3

S'il s'agit d'une modification de protection, spécifiez
la raison et la date de celle-ci : A M J
Mariage/union civile – Date

A M J

Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation

Naissance/adoption d'un premier enfant – Date

Divorce/séparation – Date A M J

Mon conjoint détient une nouvelle protection
d'assurance collective – Date

A M J A M J

– Date

Mon conjoint a perdu sa protection

A M J A M J

d'assurance collective – Date Autre

	Prénom	Nom	Sex e	Date de naissance	Si conjoint de fait, date de début de la cohabitation
Ajouter conjoint Retirer conjoint			M F	A M J	A M J

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective d'effet :
pour les soins médicaux? Oui Non Si oui, spécifiez ce qui suit : A M J

Protection maladie : Individuelle Familiale Monoparentale Couple Date

Nom de l'assureur

_____ N°
de police _____ N° de certificat

	Prénom	Nom	Sex e	Date de naissance	Si âgé de 21 ans* ou plus, précisez:
Ajouter enfant Retirer enfant			M F	A M J	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Ajouter enfant Retirer enfant			M F	A M J	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non
Ajouter enfant Retirer enfant			M F	A M J	Étudiant à temps plein Oui Non Handicapé Oui Non

* Si votre enfant est étudiant à temps plein, il peut être couvert jusqu'à l'âge de 25 ans inclusivement.

ASSURANCE VIE DE BASE – Cette assurance peut être accordée sans preuves d'assurabilité si :
 – dans votre régime d'assurance collective détenu avant votre retraite, vous aviez des volumes d'assurance vie de base supérieurs ou égaux à ceux ci-dessous et; – la demande est soumise dans les 30 jours de votre admissibilité.
 Dans le cas contraire, des preuves d'assurabilité seront requises.

Participant : 10 000 \$

Conjoint et chaque enfant à charge* : 10 000 \$

* Selon les conditions d'admissibilité spécifiées au contrat.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE (Pour y avoir droit, il faut détenir l'assurance vie de base.)

Volume d'assurance vie détenu avant la retraite :

	Nouvelle adhésion	Modification		Déclaration (À remplir uniquement si vous souhaitez adhérer ou ajouter de l'assurance vie OU si vous voulez changer le statut pour non-fumeur.)
		Enlever	Ajouter	
	Nombre d'unités (1 unité = 5 000 \$)			
Si âgé de moins de 75 ans : Maximum 150 000 \$				Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? Oui Non
Si âgé de 75 ans ou plus : Maximum 75 000 \$				
Si âgé de moins de 75 ans : Maximum 60 000 \$				Au cours des 12 derniers mois, votre conjoint a-t-il fait usage, sous quelque forme que ce soit, de tabac, de nicotine ou de cannabis mélangé avec du tabac? Oui Non
Si âgé de 75 ans et plus : Maximum 30 000 \$				

À remplir seulement si vous demandez l'assurance vie du participant.

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Cette désignation de bénéficiaire annule toute désignation antérieure. Si un bénéficiaire irrévocable a été préalablement désigné, remplissez le tableau suivant ainsi que la section 8 «Bénéficiaire irrévocable».

Prénom	Nom	Lien	Date de naissance	%
			A M J	
			A M J	
			A M J	
			A M J	

IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable* à moins que vous ne cochiez la case suivante : Bénéficiaire révocable

* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation. Le cas échéant, veuillez faire signer le bénéficiaire irrévocable ci-dessous. Prenez note que le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement.

A M J

Signature du bénéficiaire irrévocable _____ Date

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux protections auxquelles je suis admissible en vertu du régime d'assurance collective de l'AQDER, sous réserve de tout refus mentionné et **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONFIRME que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge et **JE CONSENS**, en leur nom et en mon propre nom, à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'AQDER et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration, de traitement des réclamations et d'acceptation de ma demande de participation ou de modification et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de l'AQDER.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTE** que celui-ci soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective. **J'AUTORISE** la CARRA à effectuer les prélèvements requis par mon régime d'assurance collective.

Si je m'inscris au dépôt direct, **J'AUTORISE** iA Groupe financier à déposer dans mon compte bancaire tout montant payable à la suite d'une réclamation, en utilisant les informations bancaires fournies dans ce formulaire. **JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier. **JE COMPRENDS** que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées.

JE COMPRENDS que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

JE COMPRENDS et **JE RECONNAIS** également que si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'ometts d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

A M J

Signature du participant _____ Date

A M J

Signature de l'administrateur responsable _____ Date

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), les renseignements personnels que nous recueillons vous concernant ou concernant vos personnes à charge sont conservés de façon confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis. Votre dossier personnel est conservé aux bureaux de iA Groupe financier. Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : iA Groupe financier, responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de iA Groupe financier, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services dans le cadre de leurs fonctions ainsi qu'aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, iA Groupe financier peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités. **ia.ca**

Mai 2021
F54-018-45(21-05) PAGE 3 DE 3