

BIEN PRÉPARER SA RETRAITE

Aux membres de l'ADEL



Préparé par Francine Toupin

Aqder Laurentides – Aqder Mont-Laurier

Mai 2021

TABLE DES MATIÈRES

	page
• Aqder	3
• Démarches à réaliser	4
• Assurances	5 – 6
• Revenus à la retraite	7
• Personnes à rencontrer aux différents Centres de service	8
• Comité de direction Aqder Laurentides/ site web	8
• Comité de direction Aqder Mont-Laurier/ site web	8
• Aqder provinciale / site web	8
• Liens utiles	9
• Formulaire	à partir de la page 10

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 commission scolaire). ***C'est la personne des ressources humaines qui complète la demande de rente.***
- Démissionner de votre commission scolaire 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 directeurs et directrices d'établissements d'enseignement retraités. 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 la SSQ, régime de base (vous recevrez la brochure et le formulaire d'adhésion de la SSQ 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 la SSQ 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

Pour votre information, voici le résumé du régime 28000 de l'AQDER et les primes en vigueur au 1er janvier 2021.

Résumé du régime 28000.pdf. <https://www.aqderlaurentides.com/assurances>

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 vos Centres de services scolaire

des Mille-Îles	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
de la Rivière- du-Nord	Katy Sylvain	450-438-3131 Poste : 2135	sylvaink@csrdn.qc.ca
des Laurentides	Nancy Perron	819-326-0333 poste 20080	ressources.humaines@cslaurentides.qc.ca
des Hautes- Laurentides	Manon Plouffe	819-623-4114 poste 5432	plouffe.manon@cspn.qc.ca

Comité de direction Aqder Laurentides

Présidente : Francine Toupin ft001csrdn@hotmail.com

Site web: www.aqderlaurentides.com

Comité de direction Aqder Mont-Laurier

Président : Michel Ouellette ouellette.michel13@outlook.com

Site web : à venir

Aqder provinciale

Président : Laurent Aubin president@aqder.ca

Site web: 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.

Télécopieur : 1 888 780-2376
 Courrier : Administration
 C. P. 790, succursale B
 Montréal (Québec) H3B 3K6

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

N° de police 28000

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

Date d'effet du changement d'adresse (s'il y a lieu) A M J

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

Date de retraite : A M J 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

Informations bancaires pour le dépôt direct : n° succursale n° institution n° compte



- 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 et seulement les chiffres.

Courriel pour la notification : _____

⚠ 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.

2. CHOIX DE PROTECTION D'ASSURANCE MALADIE ET MÉDICAMENTS NON COUVERTS PAR LA RAMQ

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.**

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

3. RAISON DU CHANGEMENT DE PROTECTION (s'il y a lieu)

S'il s'agit d'une modification de protection, spécifiez la raison et la date de celle-ci :

Mariage/union civile – Date

A	M	J

 Naissance/adoption d'un premier enfant – Date

A	M	J

Conjoint de fait – Date du début de la cohabitation

A	M	J

 Divorce/séparation – Date

A	M	J

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

A	M	J

Mon conjoint a perdu sa protection d'assurance collective – Date

A	M	J

Autre _____ – Date

A	M	J

4. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LE CONJOINT ET SUR SON RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE (SI APPLICABLE) (Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si conjoint de fait, date de début de la cohabitation												
<input type="checkbox"/> Ajouter conjoint			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J			
A	M	J															
A	M	J															
<input type="checkbox"/> Retirer conjoint			<input type="checkbox"/> F														

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective pour les soins médicaux? Oui Non

Si oui, spécifiez ce qui suit : Protection maladie : Individuelle Familiale Monoparentale Couple Date d'effet :

A	M	J

Nom de l'assureur _____

N° de police _____ N° de certificat _____

5. RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE (demeurant avec vous ou non. - Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans* ou plus, précisez :						
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F								
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F								
<input type="checkbox"/> Ajouter enfant			<input type="checkbox"/> M	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J				Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A	M	J									
<input type="checkbox"/> Retirer enfant			<input type="checkbox"/> F								

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

6. ASSURANCE VIE

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 \$)				
Participant :				
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si âgé de 75 ans ou plus : Maximum 75 000 \$				
Conjoint :				
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si âgé de 75 ans et plus : Maximum 30 000 \$				

7. DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession.)

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.

8. BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (s'il y a lieu)

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.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____ Date

A	M	J

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

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'ACCEPTÉ** 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.

Signature du participant _____ Date

A	M	J

RÉSERVÉ À L'AQDER

Signature de l'administrateur responsable _____ Date

A	M	J

AVIS DE DIVULGATION

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.