



Renouvellement 2026

Contrairement à l'année dernière, le renouvellement 2026 du contrat d'assurance collective de la FNEEQ-CSN ne comportera aucun changement en ce qui a trait à sa tarification. En effet, à la suite de la réunion des syndicats adhérant à la police d'assurance collective 1008-1010 (RSA) qui s'est tenue à Laval les 11 et 12 septembre 2025, ceux-ci ont adopté les recommandations de cette instance, qui auront pour effet d'améliorer le contrat sans effet sur les primes. Nous verrons plus loin que certaines tarifications demeureront même inchangées en 2027.

Voici donc les différents changements adoptés qui prendront effet le 1^{er} janvier 2026 :

Abolition de la période de modification de protection du mois de novembre

À compter du 1^{er} janvier 2026, les assuré-es pourront, et ce, en tout temps :

- réduire les protections en assurance maladie et en assurance soins dentaires après une période minimale de couverture de 36 mois;
- augmenter les protections en assurance maladie et en assurance soins dentaires pour une durée minimale de 36 mois ;
- adhérer à la protection soins dentaires pour une durée minimale de 36 mois.

Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

Afin de permettre une transition harmonieuse entre le contrat de la FNEEQ et celui de l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement de la FNEEQ (AREF), il s'avérera dorénavant possible d'ajouter une à deux tranches de 25 000 \$ à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe à l'âge de 70 ans. Rappelons que le même ajustement a été effectué l'année dernière pour les personnes adhérentes.

Clause d'arbitrage médical

Texte actuel	Modifications
7.15 La présente procédure se veut un processus consensuel par lequel l'Assureur et le Preneur entendent régler entre eux tout	7.15 La présente procédure se veut un processus consensuel par lequel l'Assureur et le Preneur entendent régler entre eux tout litige



Texte actuel	Modifications
litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité d'une personne adhérente dans le but explicite d'éviter le recours aux tribunaux par rapport à ces questions. La personne adhérente peut contester toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité. Dans ce cas, un processus d'arbitrage médical a lieu selon les modalités ci-après décrites :	lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité d'une personne adhérente dans le but explicite d'éviter le recours aux tribunaux par rapport à ces questions. La personne adhérente qui est en désaccord avec toute décision de l'Assureur portant sur l'inexistence ou la cessation d'une invalidité doit en demander la révision dans les 30 jours ouvrables de la réception de ladite décision de l'Assureur et communiquer tout document additionnel, le cas échéant. L'Assureur rend sa décision dans les 20 jours ouvrables de la réception de cette demande de révision. Dans la mesure où la personne adhérente est en désaccord avec la décision révisée de l'Assureur, celle-ci peut choisir de la contester dans les 90 jours ouvrables suivant la réception de la décision révisée en transmettant à l'Assureur et au Preneur une demande d'arbitrage médical. Les délais du présent paragraphe s'appliquent à moins d'entente écrite entre l'Assureur et le Preneur. Dans ce cas, un processus d'arbitrage médical doit avoir lieu selon les modalités ci-après décrites :
7.15.1 L'Assureur avise la FNEEQ-CSN ainsi que l'employeur de sa décision ainsi que de la contestation de la personne adhérente.	7.15.1 L'Assureur avise le Preneur ainsi que l'employeur de sa décision ainsi que de la contestation de la personne adhérente.
7.15.2 L'Assureur, la FNEEQ-CSN et le médecin traitant de la personne adhérente collaborent pour convenir du choix d'un médecin arbitre ainsi que du mandat à être confié à ce dernier. L'Assureur propose trois choix de médecin expert privilégiant les médecins pratiquant en	7.15.2 L'Assureur, le Preneur et le médecin traitant de la personne adhérente collaborent pour convenir du choix d'un médecin arbitre. L'Assureur propose trois choix de médecins experts spécialisés dans un domaine pertinent au diagnostic lié à l'invalidité en privilégiant ceux



Texte actuel	Modifications
clinique; à défaut d'un accord, le médecin traitant pourra proposer d'autres choix.	pratiquant au sein d'une firme d'expertise médicale indépendante; à défaut d'un accord, le médecin traitant pourra proposer jusqu'à trois autres choix, selon les mêmes termes. Advenant que les médecins experts proposés par le médecin traitant refusent le mandat d'arbitrage ou que le médecin-conseil de l'Assureur ne soit pas en accord avec la proposition, un appel entre le médecin traitant et le médecin-conseil aura lieu afin de trouver un accord.
7.15.3 L'Assureur et la FNEEQ-CSN envoient, de façon commune, le mandat au médecin arbitre avec copie du présent texte; des copies du mandat sont transmises en même temps à la personne adhérente.	7.15.3 L'Assureur et le Preneur envoient, de façon commune, le mandat au médecin arbitre avec copie du présent texte; des copies du mandat sont transmises en même temps à la personne adhérente. L'Assureur transmet également au médecin arbitre l'entièreté des informations médicales qu'il détient.
7.15.4 L'Assureur transmet au médecin traitant, sous pli confidentiel, copie de tout rapport, dossier ou expertise qu'il entend soumettre au médecin arbitre.	7.15.4 L'Assureur transmet au médecin traitant, sous pli confidentiel, copie de tout rapport, dossier ou expertise qu'il entend soumettre au médecin arbitre.
7.15.5 Le médecin arbitre rencontre la personne adhérente et l'examine s'il le juge à propos, le tout dans la langue officielle choisie par la personne adhérente.	7.15.4 Le médecin arbitre rencontre la personne adhérente et l'examine s'il le juge à propos, le tout dans la langue officielle choisie par la personne adhérente ou, si cela s'avère impossible, en la présence d'un traducteur.
7.15.6 La personne adhérente doit, le cas échéant, se présenter au rendez-vous fixé par le médecin arbitre sous peine de perdre son droit aux prestations à moins d'un motif valable dont la preuve lui incombe.	7.15.5 La personne adhérente doit, le cas échéant, se présenter au rendez-vous fixé par le médecin arbitre sous peine de perdre son droit aux prestations à moins d'un motif valable dont la preuve lui incombe.



Texte actuel	Modifications
7.15.7 La personne adhérente peut apporter au médecin arbitre tout document qu'elle juge utile à son dossier.	7.15.6 La personne adhérente peut apporter au médecin arbitre tout document qu'elle juge utile afin de lui permettre de rendre une décision éclairée.
	7.15.7 Si la personne adhérente doit engager des frais de déplacement dans le cadre de son évaluation avec le médecin arbitre, elle peut demander remboursement à l'Assureur de certains frais raisonnables. Le remboursement sera effectué selon les barèmes du Preneur applicables au moment où les frais sont engagés.
7.15.8 Le médecin arbitre doit rendre sa décision dans les 60 jours de l'examen.	7.15.8 Le médecin arbitre doit rendre sa décision par écrit dans les 60 jours de la rencontre avec la personne adhérente. Cette décision doit inclure la liste des documents médicaux qui lui ont été transmis.
7.15.9 Le médecin arbitre rend sa décision par écrit dans la langue officielle choisie par la personne adhérente. Cette décision doit inclure la liste des documents médicaux qui lui ont été transmis.	7.15.9 Le médecin arbitre rend, dans la mesure du possible, sa décision par écrit dans la langue officielle choisie par la personne adhérente. Advenant que la langue de rédaction de la décision arbitrale ne soit pas la langue choisie par la personne adhérente pour le traitement de son dossier entre les deux langues officielles du Canada, l'Assureur s'engage à faire traduire le rapport d'expertise.
7.15.10 Le médecin arbitre envoie copie de sa décision aux deux mandants ainsi qu'à la personne adhérente à moins qu'il ne juge cet envoi médicalement contre-indiqué, auquel cas il fait parvenir au médecin traitant la copie prévue pour la personne adhérente.	7.15.10 Le médecin arbitre envoie copie de sa décision à l'Assureur et au Preneur ainsi qu'à la personne adhérente à moins qu'il ne juge cet envoi médicalement contre-indiqué, auquel cas il fait parvenir au médecin traitant la copie prévue pour la personne adhérente.



Texte actuel	Modifications
7.15.11 Les copies transmises aux deux mandants ne contiennent que : a) la liste des documents médicaux fournis; b) la durée de l'examen; c) la coopération ou non de la personne adhérente; d) le diagnostic; e) le cas échéant, le pronostic; f) les recommandations médico-administratives; g) les réponses aux autres questions faisant partie du mandat et de façon explicite n'incluent pas l'historique médical, les antécédents familiaux, ou tout renseignement qui pourrait porter sur une personne autre que la personne adhérente.	7.15.11 Les copies transmises à l'Assureur et au Preneur ne contiennent que : a) la liste des documents médicaux fournis; b) la durée de l'examen; - la coopération ou non de la personne adhérente; d) le diagnostic; e) le cas échéant, le pronostic; f) les recommandations médico-administratives; g) les réponses aux autres questions faisant partie du mandat et de façon explicite n'incluent pas l'historique médical, les antécédents familiaux, ou tout renseignement qui pourrait porter sur une personne autre que la personne adhérente.
7.15.12 La décision du médecin arbitre est finale et sans appel, exécutoire et lie les mandants ainsi que la personne adhérente et élimine donc tout recours aux tribunaux à moins que le médecin arbitre ne soulève une problématique relevant d'une autre spécialité que la sienne. Dans ce cas, un nouvel arbitrage médical a lieu impliquant un médecin arbitre de la spécialité concernée.	7.15.12 La décision du médecin arbitre est finale et sans appel, exécutoire et lie l'Assureur, le Preneur ainsi que la personne adhérente et élimine donc tout recours aux tribunaux à moins que le médecin arbitre ne soulève une problématique relevant d'une autre spécialité que la sienne et qu'il détermine, dans sa décision écrite, qu'un second arbitrage de cette autre spécialité est nécessaire pour trancher le litige lié à la reconnaissance ou non de l'état d'invalidité. Dans ce cas, un nouvel arbitrage médical a lieu impliquant un médecin arbitre de la spécialité concernée et uniquement sur ce volet précis.
7.15.13 Sans préjudice aux droits de l'Assureur, les prestations d'invalidité sont versées pendant la durée de l'arbitrage médical, jusqu'à concurrence d'une période maximale de six mois.	7.15.13 Sans préjudice aux droits de l'Assureur, la personne adhérente a droit, à partir de la transmission d'une demande d'arbitrage et d'adhésion à la convention d'arbitrage, à des allocations compensatoires



Texte actuel	Modifications
	équivalentes aux prestations d'invalidité qui lui auraient été versées si la personne adhérente avait été reconnue invalide, et ce jusqu'au mois suivant la réception de la décision écrite du médecin arbitre qui reconnaît l'inexistence ou la cessation d'une invalidité de la personne adhérente, mais jusqu'à concurrence d'une période maximale de six mois, selon la première des deux éventualités.
7.15.14 Les frais et honoraires du médecin arbitre ne sont pas à la charge de la personne adhérente.	7.15.14 Les frais et honoraires du médecin arbitre ne sont pas à la charge de la personne adhérente. La facturation est faite à l'Assureur.
7.15.15 Si la décision du médecin arbitre amène une fin des prestations et est rendue entre le 15 juin et le 15 août, des prestations seront versées jusqu'au 15 août.	7.15.15 Si la décision du médecin arbitre amène une fin de l'allocation compensatoire durant la période de vacances du calendrier scolaire de l'établissement de la personne adhérente, celle-ci sera versée jusqu'à la fin de cette période de vacances.
	7.15.16 Si la décision arbitrale reconnaît l'existence ou la continuation de l'invalidité, alors l'Assureur débutera le versement des prestations d'invalidité prévues au contrat rétroactivement à la date de refus ou de cessation des paiements, mais en soustrayant les allocations compensatoires versées conformément à l'article 7.15.13

Définition de « Invalidité ou invalide »

Texte actuel	Modifications
1.25.4 Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1er janvier 2008	1.25.4 Pour une invalidité ayant débuté le ou après le 1er janvier 2008



Texte actuel	Modifications
Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.	Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.
De plus, une invalidité ne pourra être refusée sur la seule base que la personne adhérente, à la fin du délai de carence, est en retour au travail progressif ou dans un programme de réadaptation au sens de sa convention collective.	De plus, une invalidité ne pourra être refusée sur la seule base que la personne adhérente, à la fin du délai de carence, est en retour au travail progressif ou dans un programme de réadaptation au sens de sa convention collective.
Les soins médicaux ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, et qu'elle peut être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.	Les soins médicaux ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, et qu'elle peut être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

Service de réadaptation, réorientation professionnelle, retour au travail progressif

Texte actuel	Modifications
7.10 Réadaptation	7.10 Services de réadaptation Sujet à une évaluation de l'Assureur, la personne adhérente peut bénéficier de services de réadaptation offerts par l'Assureur dont les coûts sont couverts par ce dernier.
7.10.1 L'assureur doit préalablement approuver tout programme de réadaptation.	7.10.1 L'assureur doit préalablement approuver tout programme de réadaptation.
7.10.2 La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur les prestations mensuelles de réadaptation décrites à l'article 7.10.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès : a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation;	7.10.2 La personne adhérente qui participe à un programme de réadaptation touche de l'Assureur les prestations mensuelles de réadaptation décrites à l'article 7.10.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès : a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation;



Texte actuel	Modifications
b) l'interruption du programme de réadaptation; c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.	b) l'interruption du programme de réadaptation; c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.
7.10.3 Sous réserve de l'article 7.10.2, les prestations mensuelles de réadaptation sont égales au montant des prestations d'invalidité versées s'il n'y avait pas un programme de réadaptation, diminuées de 50 % de la rémunération pour le travail accompli au cours du programme de réadaptation.	7.10.3 Sous réserve de l'article 7.10.2, les prestations mensuelles de réadaptation sont égales au montant des prestations d'invalidité versées s'il n'y avait pas un programme de réadaptation, diminuées de 50 % de la rémunération pour le travail accompli au cours du programme de réadaptation.
7.10.4 Si le revenu de la personne adhérente, provenant des prestations de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était active, les prestations mensuelles de réadaptation sont réduites de cet excédent.	7.10.4 Si le revenu de la personne adhérente, provenant des prestations de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était active, les prestations mensuelles de réadaptation sont réduites de cet excédent.
Nouvelle clause	7.11 Programme de réorientation professionnelle
	7.11.1 L'assureur doit être informé et approuver toute participation à un programme de réorientation professionnelle.
	7.11.2 Un programme de réorientation professionnelle peut seulement s'appliquer aux personnes adhérentes ayant été reconnues invalides permanentes à leur propre emploi et qui veulent entreprendre un autre emploi rémunérateur.
	7.11.3 La personne adhérente qui participe au programme de réorientation professionnelle continue de recevoir des prestations d'invalidité de l'Assureur. Ses prestations sont toutefois réduites d'un montant équivalent à 50 % du revenu net reçu pour sa nouvelle activité



Texte actuel	Modifications
	rémunératrice dans le cadre du programme de réorientation professionnelle.
	7.11.4 Si le revenu de la personne adhérente, provenant des prestations d'invalidité et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réorientation professionnelle, excède 100 % du salaire net de base mensuel qu'elle percevrait si elle était de retour à son emploi prélesionnel, les prestations mensuelles d'invalidité sont alors réduites de cet excédent.
7.11 Retour progressif au travail	7.12 Retour progressif au travail
7.11.1 L'Assureur doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail.	7.12.1 L'Assureur doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail.
7.11.2 La personne adhérente qui effectue un retour progressif au travail continue de toucher de l'Assureur les prestations mensuelles d'invalidité décrites à l'article 7.11.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès : a) l'expiration d'une période de 12 mois après le début du retour progressif au travail; b) l'interruption du retour progressif au travail; c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du retour progressif au travail.	7.12.2 La personne adhérente qui effectue un retour progressif au travail touche de l'Assureur les prestations mensuelles d'invalidité décrites à l'article 7.12.3. Le paiement de ces prestations prend fin dès : a) l'expiration d'une période de 12 mois après le début du retour progressif au travail; b) l'interruption du retour progressif au travail; c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du retour progressif au travail. La période de retour progressif durant le délai de carence de la présente garantie est comptabilisée dans celle de 12 mois prévue à l'alinéa a).



Texte actuel	Modifications
7.11.3 Sous réserve de l'article 7.11.2, durant une période de retour progressif au travail, les prestations mensuelles d'invalidité sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que la personne adhérente effectue normalement chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que la personne adhérente effectuait normalement chaque mois avant de devenir invalide.	7.12.3 Sous réserve de l'article 7.12.2, durant une période de retour progressif au travail, les prestations mensuelles d'invalidité sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que la personne adhérente effectue normalement chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que la personne adhérente effectuait normalement chaque mois avant de devenir invalide.
7.11.4 Sujet à l'approbation de l'Assureur, la personne adhérente en retour progressif au travail peut bénéficier de l'exonération des primes si le retour progressif a débuté pendant le délai de carence tel que défini à l'article 7.2.	7.12.4 Sujet à l'acceptation du dossier d'invalidité par l'Assureur, la personne adhérente en retour progressif au travail peut bénéficier de l'exonération des primes si le retour progressif a débuté pendant le délai de carence tel que défini à l'article 7.2.
7.13 Exclusions et réduction de la garantie Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes : 7.13.5 D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.	7.14 Exclusions et réduction de la garantie Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour toute invalidité qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes : 7.14.5 D'alcoolisme, de narcotisme ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de son rétablissement.

Droit d'exemption à l'assurance invalidité de courte et de longue durée

Texte actuel	Modifications
2.2.4 b) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de courte durée	2.2.4 b) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de courte durée Les personnes employées qui deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de courte durée peuvent, sur présentation d'un



Texte actuel	Modifications
Pour les personnes visées par l'Annexe I, dès qu'elles deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de courte durée, elles peuvent, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie, à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires ou à condition qu'elles attestent qu'elles n'accepteront aucune charge de cours pour une période de six mois durant l'année civile assurable.	avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie, à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires. Les personnes visées par l'Annexe I peuvent aussi refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie à la condition qu'elles attestent qu'elles n'accepteront aucune charge de cours pour une période de six mois durant l'année civile.
2.2.5 c) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de longue durée Pour les personnes visées par l'Annexe I, dès qu'elles deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de longue durée, elles peuvent, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires.	2.2.5 c) Droit d'exemption et fin d'exemption à la garantie d'assurance invalidité de longue durée Les personnes employées qui deviennent admissibles à la garantie d'assurance invalidité de longue durée peuvent, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à cette garantie, à la condition qu'elles attestent être assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires.

Indexation des prestations et intégration de la rente de retraite

Texte actuel	Modifications
7.5 Indexation Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté	7.5 Indexation Pendant et aussi longtemps que la personne adhérente est invalide, le montant des prestations mensuelles est ajusté



Texte actuel	Modifications
annuellement au 1er janvier, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel aux fins de cette garantie est limité à 6 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est le ou postérieure au 1er janvier 1981 et à 4 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est antérieure au 1er janvier 1981.	annuellement au 1er janvier, suivant les mêmes modalités que celles qui s'appliquent aux rentes payables en vertu du Régime de rentes du Québec. Cependant, l'ajustement annuel aux fins de cette garantie est limité à 6 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est le ou postérieure au 1er janvier 1981 et à 4 % pour une personne adhérente dont la date du début de l'invalidité est antérieure au 1er janvier 1981. Lorsqu'en vertu de la clause 7.8, il y a intégration d'une rente en décembre, l'indexation est établie à partir des prestations résiduelles versées durant ce mois. L'indexation ainsi calculée est ensuite additionnée au montant de la prestation mensuelle de janvier.
7.8.5 Intégration (nouvel article, les autres suivront la numérotation)	7.8.5 Intégration De toute prestation d'invalidité de longue durée en vertu d'un autre régime d'assurance collective donnant droit à des prestations d'invalidité pour la même invalidité.

Délai de carence

Texte actuel	Modifications
7.2 Délai de carence Le délai de carence signifie la période de 104 semaines après le début de l'invalidité plus l'épuisement de la réserve des congés de maladie, le cas échéant.	7.2 Délai de carence Les prestations mensuelles sont payables à l'expiration du délai de carence, lequel prend fin à la dernière des dates suivantes : 7.2.1 : la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale d'une même période d'invalidité totale, plus l'épuisement de la réserve des congés de maladie, le cas échéant;



Texte actuel	Modifications
	7.2.2 : la fin du paiement des prestations d'invalidité prévues par la convention collective, par un autre régime collectif d'assurance invalidité ou par une autre convention collective à laquelle la personne adhérente est admissible.

Autres mandats donnés au comité fédéral des assurances et des régimes de retraite (CFARR) par la RSA

Voici les autres mandats que la RSA a donnés au CFARR les 11 et 12 septembre dernier :

- poursuivre sa réflexion sur le processus d'appel d'offres pour le choix de l'assureur en collaboration avec l'AREF (mandat donné par la RSA en 2024) et en faire rapport à la réunion de septembre 2026;
- maintenir la relation d'affaires avec la BMO quant à la gestion des montants en dépôt.

Tarification à compter du 1^{er} janvier 2026

Après consultation des syndicats adhérant à la police d'assurance collective 1008-1010, les taux présentement en vigueur demeureront inchangés en 2026 (et même certains en 2027), soit :

- un maintien au cout actuel des primes (0 %) en assurance maladie pour une durée de 12 mois;
- un maintien au cout actuel des primes (0 %) en assurance soins dentaires pour une durée de 12 mois;
- un maintien au cout actuel des primes (0 %) en assurance vie de base, en assurance vie des personnes à charge, en assurance vie additionnelle et en assurance maladies graves pour une durée de 12 mois (incluant le maintien du congé de primes de 50 % accordé en 2025 pour toutes les garanties en assurance vie);
- un maintien au cout actuel des primes (0 %) en assurance invalidité de courte durée pour une période de 24 mois;
- une diminution de 7,4 % en assurance invalidité de longue durée et la fin du congé de primes accordé en 2025, ce qui résulte en un maintien au cout actuel des primes (0 %) pour une période de 24 mois.

On peut consulter la documentation concernant le renouvellement 2026 du régime d'assurance de la FNEEQ en cliquant sur les liens suivants :



- [Sommaire des protections et primes 2026](#)
- [Calculateur de primes d'assurances 2026](#)

Période annuelle de révision de sa protection

Depuis la mise en place du régime d'assurance modulaire, en janvier 2013, vous pouvez, une fois par année et à certaines conditions, apporter des changements à votre protection en assurance maladie (module A, B ou C) ou à votre protection facultative en assurance soins dentaires (option 1 ou 2) le cas échéant.

Dans le cadre du présent renouvellement annuel, les assouplissements apportés aux règles de modification de protection vous permettent de modifier dès cet automne votre choix à l'égard de chacune de ces deux garanties pour une prise d'effet à compter du 1^{er} janvier prochain.

À quel moment les changements demandés entreront-ils en vigueur?

- Dans le cas des demandes reçues par Beneva d'ici le 31 décembre 2025, les modifications prendront effet au 1^{er} janvier 2026.
- À compter du 1^{er} janvier 2026, les changements prendront effet à la date de réception de la demande chez Beneva.

Comme auparavant, toute modification demandée dans les 30 jours suivant un événement de vie s'appliquera à la date dudit événement.

Quels sont les changements possibles?

Dans le cas où vous désirez augmenter votre niveau de protection en assurance maladie, vous pouvez passer au module B ou C si vous détenez le module A en 2025, ou au module C si vous détenez le module B en 2025.

De plus, si vous désirez ajouter l'assurance soins dentaires, vous pouvez adhérer à l'option 1 ou 2. Si vous l'avez déjà, il vous est possible d'augmenter votre niveau de protection en passant de l'option 1 à l'option 2.

Aussi, une diminution de protection sera également possible à condition d'y avoir participé au moins 36 mois.



En ce qui concerne l'assurance soins dentaires, vous pouvez l'abandonner si vous détenez l'option 1 ou l'option 2 depuis au moins 36 mois; de la même façon, vous pouvez diminuer votre niveau de protection à l'option 1, peu importe le module auquel vous adhérerez en assurance maladie en 2026, si vous bénéficiez de l'option 2 depuis au moins 36 mois.

Par ailleurs, les personnes exemptées de l'assurance maladie (par exemple, celles qui sont couvertes par la police d'assurance collective de leur conjoint-e) ont la possibilité d'adhérer à l'option 1 ou à l'option 2 de l'assurance soins dentaires pour une période minimale de 36 mois.

Notez qu'il demeure possible de modifier en tout temps son statut de protection selon les règles habituelles de changement prévues au contrat, soit dans les 30 jours d'un événement de vie admissible.

Pour faire votre demande de modification de protection, vous devez remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de modification » et le remettre à votre employeur. Vous le trouverez en ligne aux adresses suivantes :

Cégeps :

https://www.beneva.ca/sites/beneva/files/2022-08/C1008-OF_adhesion-modification-assurance-collective.pdf

Collèges privés et universités :

https://www.beneva.ca/sites/beneva/files/2022-08/C1010-OF_adhesion-modification-assurance-collective.pdf

LUC VANDAL

Pour le CFARR

