

TROUSSE D'ADHÉSION 2026

Régime d'assurance soins de santé réservé aux membres de 65 ans et plus

Nous avons le plaisir de vous faire part des protections disponibles sous le régime d'assurance soins de santé de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec. Nous espérons que l'un des régimes proposés saura combler vos besoins.

PROCÉDURE D'ADHÉSION

Afin d'assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, vous devez transmettre votre formulaire d'adhésion par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).

Pour obtenir votre accès personnalisé, vous pouvez remplir le [formulaire en ligne](#) ou communiquer avec l'équipe VIGILIS, gestionnaire du régime, par téléphone, durant les heures normales de bureau.

Important :

L'assureur du régime acceptera votre demande d'adhésion sans preuves de bonne santé si celle-ci est reçue **au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime d'assurance collective antérieur**. Des preuves de bonne santé seront exigées pour toute demande d'adhésion au régime reçue après cette date. **L'original n'est pas requis.**

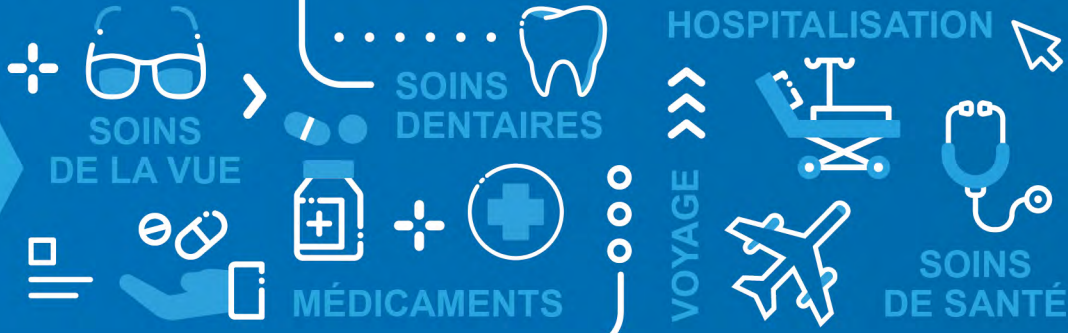
Le régime d'assurance soins dentaires est pris en charge par Beneva.

beneva

Pour de plus amples renseignements, ou pour toute question sur le portail VIGILIS | Secure, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe VIGILIS.

Par courriel : cpa@vigilis.ca

Par téléphone : du lundi au vendredi entre 9h et 17h, sans frais : 1 888 682-7772



CE RÉGIME NE PRÉVOIT AUCUN REMBOURSEMENT POUR LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

SOMMAIRE DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2026

SOINS DE SANTÉ ET ASSURANCE VOYAGE

ASSURANCE VOYAGE

| | |
|--|--|
| Remboursement - Aucune franchise | 100 % |
| Assistance voyage, frais médicaux et hospitaliers en cas d'urgence hors province suite à un accident ou une maladie soudaine, par voyage, par assuré | 60 premiers jours Maximum 5 000 000 \$ |
| Assurance annulation et interruption de voyage, par voyage, par assuré ¹ | 7 500 \$ |
| ¹ Pour être admissible, votre régime doit être en vigueur au moment où l'un des risques assurés vous empêche de voyager. | |

HOSPITALISATION

| | |
|---|--|
| Remboursement - Aucune franchise | 100 % |
| Soins de courte durée | Chambre à deux lits |
| Soins de convalescence ou de réadaptation, par assuré, par période de 12 mois | Chambre à deux lits. Maximum 180 jours |
| Soins de longue durée, par assuré, maximum viager | Chambre à deux lits. Maximum 180 jours |
| Centre de désintoxication, par assuré, maximum viager | 80 \$ / jour. Maximum 2 500 \$ |

SOINS DE LA VUE

| | |
|--|---------------|
| Remboursement - Aucune franchise | 100 % |
| Lunettes, lentilles cornéennes et correction visuelle par laser, par adulte, par 24 mois | 200 \$ |

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

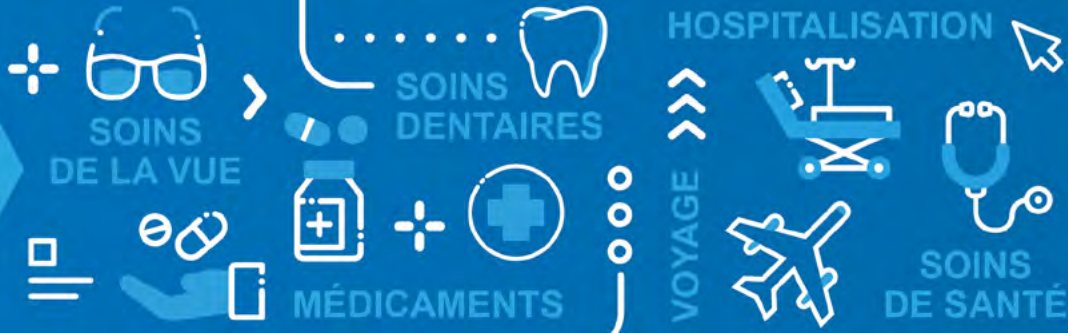
| | |
|--|--|
| Remboursement - Aucune franchise | 80 % |
| Maximum combiné pour les 3 groupes, par assuré, par année civile | 1 500 \$ |
| Groupe 1 Acupuncteur, chiropraticien, diététiste, kinésithérapeute, kinésiologue, massothérapeute, naturopathe, ostéopathe | Maximum combiné 500 \$ Maximum 75 \$ par visite |
| Groupe 2 Audiologiste, chiroprodiste, ergothérapeute, infirmier en soins des pieds, orthophoniste, podiatre, podologue, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, thérapeute du sport agréé | Maximum combiné 750 \$ Maximum 75 \$ par visite |
| Groupe 3 Conseiller en orientation, psychanalyste, psychiatre, psychoéducateur, psychologue, psychothérapeute, travailleur social | Maximum combiné 1 000 \$ Maximum 100 \$ par visite |

AUTRES FRAIS MÉDICAUX

| | |
|--|---------------------------------|
| Remboursement - Aucune franchise | 80 % |
| Analyses de laboratoire et tests à des fins diagnostiques, par assuré, par année civile | Maximum combiné 1 000 \$ |
| Appareils auditifs, par assuré, par 36 mois | 250 \$ |
| Chaussures orthopédiques, chaussures profondes et orthèses plantaires, par assuré, par 12 mois | Maximum combiné 500 \$ |
| Soins et services d'aide à domicile, par assuré, par année civile | 500 \$ |
| Soins infirmiers à domicile, par assuré, par période de 12 mois | 10 000 \$ |

PRIMES MENSUELLES EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2026 AVANT LA TAXE DE 9 % APPLICABLE AU QUÉBEC

| | | | |
|--------------|-----------|---------------|-----------|
| INDIVIDUELLE | COUPLE | MONOPARENTALE | FAMILIALE |
| 231,22 \$ | 462,44 \$ | 321,30 \$ | 552,52 \$ |



FAQ

1. Quelle est la date limite pour l'inscription?

SANTÉ : L'assureur accepte de vous assurer sans preuves médicales si le formulaire d'inscription, accompagné du versement approprié, est reçu à nos bureaux au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime antérieur.

DENTAIRE : L'assureur accepte de vous assurer, peu importe le régime choisi, si le formulaire d'inscription, accompagné de votre formulaire d'inscription à l'assurance santé, est reçu à nos bureaux au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime antérieur. Il vous est également possible de souscrire à l'assurance soins dentaires à l'anniversaire de la police.

2. L'assureur peut-il exiger des preuves de bonne santé au renouvellement?

Non, pour peu que votre prime soit reçue dans le délai de grâce accordé de 31 jours.

3. Les primes sont-elles garanties?

Non. Les primes du régime sont établies pour l'ensemble des membres et varient selon les résultats techniques qu'obtient l'assureur.

4. Qu'arrive-t-il si je perds mon statut de membre en règle de l'Ordre des CPA?

Le régime étant réservé aux membres (actifs et retraités), vous perdrez votre couverture sous le régime.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
| Prénom : | | Nom : | |
| No de membre CPA (6 chiffres et commence par un 4) : | | | Sexe F M |
| Date de naissance : | | Langue de correspondance Français Anglais | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Province : | Code postal : |
| Téléphone bureau : | | Téléphone domicile : | Téléphone cellulaire : |
| Courrier électronique : | | | |

TYPE DE PROTECTION
Individuelle
Couple
Monoparentale
Familiale
RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE aux fins de l'assurance

| Prénom | Nom | Lien avec l'assuré | Date de naissance | Sexe | Étudiant temps plein? |
|--------|-----|--------------------|-------------------|------|-----------------------|
| | | | | F M | Oui Non |
| | | | | F M | Oui Non |
| | | | | F M | Oui Non |
| | | | | F M | Oui Non |

RÉGIME CHOISI EN ASSURANCE SOINS DE SANTÉ
Complet sans assurance médicaments (65 ans et plus)
Notez que les primes sont sujettes à changement au 1^{er} janvier de chaque année.
INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PROTECTION D'ASSURANCE ANTÉRIEURE
RÉGIME COLLECTIF

DATE DE TERMINAISON :

ASSUREUR OU EMPLOYEUR :

MODE DE PAIEMENT
PRÉLÈVEMENT BANCAIRE MENSUEL
1 - REMPLISSEZ ET SIGNEZ l'autorisation de débits préautorisés (DPA) ci-attachée
2 - JOIGNEZ un spécimen de chèque

FACTURATION DE LA PRIME (CHÈQUE)

 Annuelle (prime payable jusqu'au **31 décembre 2026**)

 Veuillez joindre un chèque libellé à l'ordre de "**Gestion VIGILIS**" au montant approprié, en multipliant la prime mensuelle propre au régime de votre choix par le nombre de mois visé pour la période retenue. **Vous devez ajouter 9 %** pour la taxe d'assurance au Québec.

AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par la présente, l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon conjoint ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en mon nom en vertu du présent contrat. J'autorise également l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou gestionnaire que l'Ordre aurait désigné à cet effet.

Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être un membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

Signature du membre _____ **Date** _____

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉBIT PRÉAUTORISÉS (DPA)

IMPORTANT (VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT.)

J'autorise/Nous autorisons Gestion VIGILIS et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à effectuer les prélèvements variables selon mes/nos directives pour payer les primes périodiques. Les paiements mensuels périodiques seront portés au débit de mon/notre compte le 1^{er} jour de chaque mois. Le versement des primes est assujéti aux dispositions énoncées dans la police d'assurance. Gestion VIGILIS demande un préavis de 10 jours signifié par écrit pour traiter toute modification apportée à la présente DPA.

Je peux/Nous pouvons résilier la présente DPA en tout temps en donnant à Gestion VIGILIS un préavis écrit de 10 jours. Pour obtenir un formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur mon/notre droit d'annuler la présente DPA, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière, Gestion VIGILIS ou visiter www.cdnpay.ca.

Régimes d'assurance vie, assurance contre les maladies graves, assurance invalidité de longue durée, assurance des frais généraux, assurance soins de santé et soins dentaires

Je renonce/Nous renonçons à mon/notre droit de recevoir un préavis du montant du DPA et j'ai/nous avons convenu que je n'ai/nous n'avons pas besoin de préavis du montant des DPA avant le traitement du débit.

Vous ne pouvez représenter un paiement de prime retourné en raison d'une provision insuffisante ou de fonds non compensés qu'une seule fois et dans les 30 jours suivant l'imputation initiale. Si le paiement est retourné une deuxième fois dans la même année, le mode de règlement sera remplacé par la facturation directe selon une périodicité annuelle et il ne pourra être modifié avant le prochain anniversaire de police. Le solde impayé de la prime calculée jusqu'à l'anniversaire de police sera immédiatement exigible. Une nouvelle DPA sera exigée pour revenir au règlement des primes par prélèvement automatique.

J'ai/Nous avons certains recours si tout débit ne respecte pas la présente convention. J'ai/Nous avons le droit de toucher le remboursement de toute somme débitée qui ne serait pas autorisée en vertu de la présente DPA ou ne serait pas conforme à celle-ci. Pour obtenir plus de renseignements sur mes/nos recours, je peux m'adresser/nous pouvons nous adresser à mon/notre institution financière, à Gestion VIGILIS ou visiter www.cdnpay.ca.

Si la police/le compte est pour une couverture individuelle, la DPA sera utilisée comme une DPA personnelle, et si la police/le compte est détenu par une entreprise, alors la DPA sera utilisée comme une DPA d'affaires.

INFORMATION SUR L'ASSURÉ PRINCIPAL / le titulaire de la police (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Assuré principal :

Numéro(s) de police(s) ou d'identification :

Titulaire - Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, Ltée, inc., etc. :

Signature du (des) titulaire(s) de la police :

Date :

Signature du (des) titulaire(s) de la police :

Date :

INFORMATION SUR LE PAYEUR, titulaire du compte bancaire (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, Ltée, inc., etc. :

Adresse (numéro civique, numéro d'appartement, rue, ville, province, code postal) :

Type de service : personnel entreprise

Apposez vos initiales pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société.

Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire :

Date :

Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire :

Date :

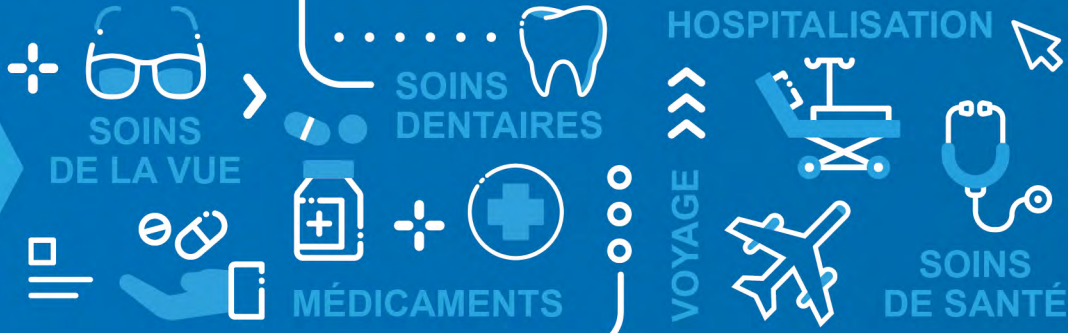
INFORMATION SUR LE COMPTE BANCAIRE (Veuillez joindre un SPÉCIMEN DE CHÈQUE personnalisé portant la mention «NUL».)

Institution financière (IF) :

Numéro de transit de l'IF (succursale : 5 chiffres / institution : 3 chiffres) :

Numéro de compte de l'IF :

Adresse de la succursale :



TROUSSE D'ADHÉSION 2026

Régime d'assurance soins dentaires réservé aux membres

Vous trouverez ci-joint un sommaire comparatif des régimes facultatifs d'assurance soins dentaires réservés aux membres de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

PROCÉDURE D'ADHÉSION

Afin d'assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, vous devez transmettre votre formulaire d'adhésion par le biais du portail [VIGILIS | Secure](#).

Pour obtenir votre accès personnalisé, vous pouvez remplir le [formulaire en ligne](#) ou communiquer avec l'équipe VIGILIS, gestionnaire du régime, par téléphone, durant les heures normales de bureau.

L'assureur accepte de vous assurer, si le formulaire d'inscription, accompagné de votre formulaire d'inscription à l'assurance soins de santé, est reçu **au plus tard 31 jours après la date d'annulation de votre régime d'assurance collective antérieur. L'original n'est pas requis.** Il vous sera également possible de souscrire à l'assurance soins dentaires une fois l'an, soit à l'anniversaire de la police.

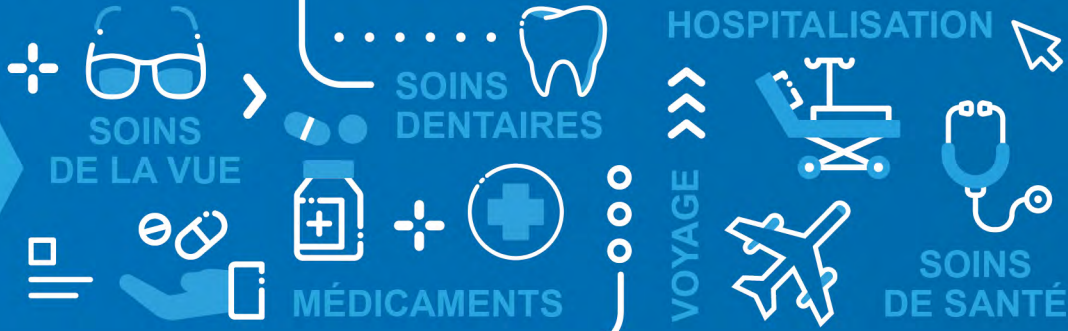
Le régime d'assurance soins dentaires est pris en charge par Beneva.

beneva

Pour de plus amples renseignements, ou pour toute question sur le portail VIGILIS | Secure, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe VIGILIS.

Par courriel : cpa@vigilis.ca

Par téléphone : du lundi au vendredi entre 9h et 17h, sans frais : 1 888 682-7772



SOMMAIRE DES GARANTIES SOUS LES RÉGIMES SOINS DENTAIRES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2026

| | RÉGIME DE BASE | RÉGIME COMPLET * |
|--|-----------------|----------------------------------|
| Maximum remboursable global par assuré, par année civile | 1 000 \$ | 1 500 \$ |
| Guide des tarifs de la province où les frais sont engagés, selon la spécialité** | Année courante | Année courante |
| Remboursement - Soins préventifs - examens diagnostiques, radiographies, maximum 2 examens de rappel par année civile | 80 % | 80 % |
| Remboursement - Soins de base - soins de restauration de base, entretien de prothèses amovibles, chirurgies buccales, anesthésies, extractions | 80 % | 80 % |
| Remboursement - Soins endodontiques et parodontaux - Traitements de canal et traitements de la gencive | 50 % | 50 % |
| Remboursement - Restaurations majeures - Couronnes, implants pour supporter des prothèses dentaires, incrustations de surfaces, ponts ou prothèses amovibles (pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de la garantie) | s.o. | 50 % |
| Remboursement - Soins orthodontiques, par enfant à charge de 6 à 18 ans au début du traitement, maximum viager | s.o. | 50 %, maximum de 1 500 \$ |

PRIMES MENSUELLES au 1^{er} janvier 2026 (avant la taxe de 9 %)

| | | |
|----------------------|-----------|-----------|
| INDIVIDUELLE | 58,34 \$ | 109,05 \$ |
| COUPLE | 116,68 \$ | 218,10 \$ |
| MONOPARENTALE | 84,46 \$ | 149,93 \$ |
| FAMILIALE | 142,80 \$ | 258,98 \$ |

*

Vous pouvez souscrire le régime de base avec n'importe quel niveau de protection en assurance soins de santé. Toutefois, le régime complet en assurance soins dentaires ne peut être souscrit qu'en complément aux régimes d'assurance soins de santé intermédiaire et complet.

**

L'association provinciale des chirurgiens dentistes émet un guide annuel des tarifs pour ses membres. Le remboursement est limité aux montants indiqués dans la cédule courante de la province où les frais ont été engagés, selon la spécialité.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

SOINS DENTAIRES

Les candidats à l'exercice de la profession ne sont pas admissibles.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom :

Nom :

N° de membre CPA (6 chiffres et commence par un 4) :

Nouveau membre depuis le :

COCHEZ LE RÉGIME CHOISI EN ASSURANCE SOINS DENTAIRES - SVP PARAPHEZ PLUS BAS

Notez que les primes sont sujettes à changement au 1^{er} janvier de chaque année.

Base

Je comprends que le régime doit être maintenu pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

Je comprends également que j'aurai la possibilité d'adhérer au régime complet une fois l'an, soit à l'anniversaire de la police, pour autant que je sois assuré sous le régime intermédiaire ou complet d'assurance soins de santé.

VOS INITIALES ICI : _____

Complet

Je comprends qu'aucune réduction de protection, ou annulation, ne sera permise pour une durée minimale de deux ans, sauf si j'ai accès à un autre régime collectif.

VOS INITIALES ICI : _____

MODE DE PAIEMENT (même mode de paiement que celui choisi pour les soins de santé)

AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise, par la présente, l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à faire la demande et à échanger des renseignements de nature personnelle, y compris des renseignements d'ordre médical, me concernant ou concernant mon conjoint ou mes enfants, auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de soins de santé ou de services sociaux, d'organismes publics (dans les limites prévues par la loi) et j'autorise ces personnes à fournir lesdits renseignements à l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives dans le cadre des démarches entourant toute réclamation qui pourrait être formulée en mon nom en vertu du présent contrat. J'autorise également l'assureur désigné par l'Ordre et VIGILIS Solutions Collectives à communiquer des renseignements relatifs à ma protection d'assurance à toute autre compagnie d'assurance ou gestionnaire que l'Ordre aurait désigné à cet effet.

Je comprends que, pour pouvoir participer à ce régime, je dois être un membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

Signature du membre _____ Date _____