

COMMUNIQUÉ ASSURANCE

Actif ☒	Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement
Retraité ☐	des secteurs public et parapublic du Québec

Volume 37, Numéro 5 (Éd., F.P., S.S.S.) – Décembre 2018

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

DESTINATAIRES : Directrices et directeurs des ressources humaines

Le Programme de réadaptation du Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic a pour but de favoriser la réintégration au travail de la personne invalide en lui fournissant, ainsi qu'à son employeur, l'assistance nécessaire.

Ce programme vise plus précisément à mettre en place des conditions favorables pour permettre à une personne invalide de réintégrer son emploi ou d'occuper un emploi de réadaptation rémunérateur pour lequel elle est raisonnablement apte, compte tenu de son éducation, de son entraînement et de son expérience. À noter que l'emploi de réadaptation doit être conforme aux conditions de travail applicables dans chacun des secteurs et faire l'objet d'une entente entre les différents intervenants impliqués.

Le Programme de réadaptation est administré par l'assureur, SSQ Assurance. Il a des répercussions importantes sur le rôle de l'employeur dont l'une des obligations est d'informer l'assureur lorsqu'un employé est invalide depuis plus de six (6) mois, et ce, à l'aide du formulaire « Déclaration de l'employeur » disponible sous *Communiqués, Formulaires, Documents, Guides* dans la section [ACCÈS| Administrateurs](https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective) du site Web de l'assureur : <https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective>.

Vous trouverez le formulaire annexé à ce communiqué.

Pour connaître les principaux paramètres et modalités d'application de ce programme, nous vous invitons à consulter les documents suivants sur le site de SSQ Assurance, [ACCÈS| Administrateurs](#) :

- Brochure « *Programme de réadaptation* »
 - « *Guide de l'administrateur* » à la section 14
- Ainsi que les
- Conditions de travail du secteur concerné

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE CE COMMUNIQUÉ ANNULE ET REMPLACE
LE COMMUNIQUÉ ASSURANCE (VOL. 37, NUMÉRO 5) DE NOVEMBRE 2014.**

La directrice des analyses actuarielles
et des assurances,



Marie-Ève Simoneau

1. IDENTIFICATION

Nom de l'employeur : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de résidence de l'adhérent : _____

_____N° de contrat de l'assureur : _____ / _____
Groupe Certificat

Date de naissance : | | A | | M | | J | |

2. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1) Préciser si la condition d'invalidité découle :

- a) ☐ d'une condition personnelle
b) ☐ d'une maladie professionnelle ou accident du travail
c) ☐ d'un accident d'automobile
d) ☐ d'un acte criminel
e) ☐ autre _____

2) L'invalidité a-t-elle débuté durant un congé sabbatique ou autre type d'absence?

3) a) La date du début de l'invalidité : | | A | | M | | J | |

b) La date du retour au travail : ☐ à temps plein | | A | | M | | J | | ☐ progressif | | A | | M | | J | |

4) La date de début du paiement des prestations par l'employeur : | | A | | M | | J | |

5) Y a-t-il eu des tentatives de retour au travail durant la période? _____
_____6) Y a-t-il eu suspension des prestations par l'employeur? _____
_____7) Une brève description des fonctions de l'employé : (Annexer la description d'emploi)

8) Date du dernier rapport médical : | | A | | M | | J | |

Nom du représentant de l'employeur _____

Signature du représentant de l'employeur _____

Date : | | A | | M | | J | |

Téléphone : () _____

N.B. ENGLISH COPY AVAILABLE ON REQUEST.

FRE100F (2006-06)