

COMMUNIQUÉ

ASSURANCE

MODIFICATION

Actif <input checked="" type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/>	Régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Volume 37, Numéro 6 (Éd., F.P., S.S.S.)

Novembre 2014

PÉNALITÉ EMPLOYEUR PRÉVUE DANS LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION

DESTINATAIRES : DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

Le contrat d'assurance prévoit que l'employeur doit identifier l'employé invalide depuis plus de six (6) mois, au début du 7^e mois, en fournissant à l'Assureur les informations requises par le biais du formulaire « Déclaration de l'employeur ».

Cette information doit être transmise indépendamment de la situation de l'invalidité. L'employeur se doit de compléter le formulaire de la déclaration et le faire parvenir à l'assureur. L'analyse du dossier par SSQ conclura à l'admissibilité ou non de l'invalide au Programme de réadaptation.

L'employeur qui ne se conforme pas à cette obligation devra assumer, en lieu et place de l'Assureur, à partir de la 105^e semaine, le versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée pour une période maximale de six (6) mois.

Le montant de la pénalité correspond au nombre de mois de retard dans la déclaration, jusqu'à concurrence de 6 mois. Dans ce cas, l'Assureur verse les prestations d'invalidité à l'employé et l'employeur rembourse à l'Assureur les montants ainsi payés.

Le formulaire « Déclaration de l'employeur » dont vous trouverez copie en annexe, est disponible à la section, Communiqués, formulaires, documents et guides sur le site de l'assureur, [ACCÈS | administrateurs](https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective).

<https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective>



VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE CE COMMUNIQUÉ ANNULE ET REMPLACE LE COMMUNIQUÉ ASSURANCE (VOLUME 29, NUMÉRO 6) DE DÉCEMBRE 2005.

Pour obtenir plus de renseignements, vous pouvez communiquer avec M^{me} Francine Thibeault de la Direction générale de la rémunération globale, au numéro de téléphone suivant : (418) 643-0875 poste 4830 ou par courriel à l'adresse suivante :

assurances.cadres@sct.gouv.qc.ca

Vous pouvez également consulter les autres « *Communiqué Assurance* » à l'adresse internet suivante :

<http://www.tresor.gouv.qc.ca/ressources-humaines/conditions-de-travail-et-remuneration/regimes-dassurance-collective>

Nous vous saurions gré de faire part, le plus rapidement possible, du contenu du présent communiqué à tous les responsables de la gestion des invalidités, des avantages sociaux et des services financiers de votre organisation ou de votre établissement.

Le directeur général,



RENÉ DUFRESNE



DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR
ASSURANCE-SALAIRE DE LONGUE DURÉE – PERSONNEL D'ENCADREMENT

Service de la réadaptation | C.P. 10500 | Succ. Sainte-Foy | Québec (Québec) G1V 4H6

1. IDENTIFICATION

Nom de l'employeur : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de résidence de l'adhérent : _____

N° de contrat de l'assureur : _____ / _____

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 : ()