



COMMUNIQUÉ ASSURANCE

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

Volume 37, Numéro 6 (Éd., F.P., S.S.S.) – Décembre 2018

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 remplir le formulaire de la déclaration et le faire parvenir à l'assureur. L'analyse du dossier par SSQ Assurance 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 sous Communiqués, Formulaires, Documents, Guides de la section [ACCÈS | Administrateurs](https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective) du site de l'assureur : <https://ssq.ca/entreprise-association/assurance/assurance-collective>.

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE CE COMMUNIQUÉ ANNULE ET REMPLACE
LE COMMUNIQUÉ ASSURANCE (VOL. 37, NUMÉRO 6) 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.

FREA100F (2005-06)

