

## COMMUNIQUÉ ASSURANCE

---

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

---

**Volume 43, Numéro 5 (Éd., F.P., S.S.S.) – Décembre 2019**

### 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 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 DÉCEMBRE 2018.**

Le directeur des analyses actuarielles  
et des assurances,



Benoit Dufresne

**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 : ( ) \_\_\_\_\_