

COMMUNIQUÉ ASSURANCE

Actif

Régime d'assurance collective du personnel d'encadrement
des secteurs public et parapublic du Québec

Retraité

Volume 44, Numéro 5 (Éd., F.P., S.S.S.) – Décembre 2023

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, Beneva. 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://www.beneva.ca/fr/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 Beneva, [ACCÈS| Administrateurs](#) :

- « *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. 43, NUMÉRO 5) DE DÉCEMBRE 2019.**

Le directeur analyses actuarielles,
des assurances et des régimes collectifs



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 : (_____) _____

N.B. ENGLISH COPY AVAILABLE ON REQUEST.

FREA100F (2019-09)