

COMMUNIQUÉ ASSURANCE

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

Volume 44, Numéro 6 (Éd., F.P., S.S.S.) – Décembre 2023

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 Beneva 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 deux (2) mois.

Le montant de la pénalité correspond au nombre de mois de retard dans la déclaration, jusqu'à concurrence de deux (2) 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://www.beneva.ca/fr/assurance-collective) du site de l'assureur :
<https://www.beneva.ca/fr/assurance-collective>.

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE CE COMMUNIQUÉ ANNULE ET REMPLACE
LE COMMUNIQUÉ ASSURANCE (VOL. 43, NUMÉRO 6) 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)