



CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR VOTRE ASSURANCE INVALIDITÉ

Vous êtes absent du travail pour cause de maladie, d'accident ou d'incapacité certifiée par un médecin, voici les réponses à quelques questions que vous êtes susceptible de vous poser.

Le régime d'assurance invalidité établi dans le réseau de l'Université du Québec est administré par Desjardins Assurances et fait référence au contrat 2536.

1- QUE DOIS-JE FAIRE LORSQUE JE M'ABSENTE POUR CAUSE DE MALADIE OU D'INVALIDITÉ ?

Absence de MOINS de trois jours	Absence de PLUS de trois jours
Aviser votre supérieur immédiat sans délai	Aviser votre supérieur immédiat et communiquer avec le personnel du service des ressources humaines de votre établissement le plus rapidement possible.
	Dans le cas d'une absence prévue de moins de 28 jours de calendrier, vous devez produire un certificat médical, indiquant le diagnostic, approuvé par votre médecin traitant.
	Si l'absence se prolonge au-delà de 28 jours de calendrier, votre médecin traitant doit autoriser votre absence en complétant et signant le formulaire <i>Demande initiale</i> transmis par le service des ressources humaines de votre établissement. Ce dépliant contient une section À l'intention du médecin traitant qui lui donne de plus amples informations sur la façon de compléter le rapport médical, n'oubliez pas de la lui remettre avec le formulaire <i>Demande initiale</i> .

2- QUAND LES PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ COMMENCENT-ELLES À ÊTRE VERSÉES PAR L'ASSUREUR ?

À la fin du délai de carence, soit après 28 jours de calendrier. Au cours des quatre premières semaines d'absence, votre salaire vous est versé selon les règles établies par la convention collective ou le protocole de votre groupe d'emploi de votre établissement.

3- SI MON ABSENCE SE POURSUIT AU-DELÀ DU DÉLAI DE CARENCE QU'ARRIVE-T-IL ?

- Le personnel du service des ressources humaines de votre établissement soumettra votre dossier comprenant une *Demande de prestations d'assurance salaire* et le rapport médical sur le formulaire *Demande initiale* signé par votre médecin traitant à Desjardins Assurances pour évaluation.
- Le traitement de votre dossier s'effectue dans les cinq jours ouvrables suivant la réception des documents chez l'assureur.
- Si les documents soumis permettent de conclure que votre cas est admissible à l'assurance invalidité, le paiement des prestations débutera.
- Par contre, si votre cas doit être référé à un médecin conseil, l'assureur communiquera avec le service des ressources humaines et un délai supplémentaire de cinq jours ouvrables sera nécessaire.
- Il peut arriver que le médecin conseil désire parler à votre médecin traitant pour confirmer l'admissibilité à l'assurance invalidité. Dans ce cas, un délai additionnel de cinq jours sera requis.
- Si votre dossier est refusé, l'assureur communiquera avec le service des ressources humaines de votre établissement pour l'en informer. Ce dernier peut alors vous demander de consulter le médecin de son choix pour une contre-expertise médicale.
- Tout retard à produire ou communiquer les informations pertinentes entraînera des retards dans le versement des prestations d'invalidité.**

4- COMMENT DÉFINIT-ON L'INVALIDITÉ TOTALE AU CONTRAT D'ASSURANCE INVALIDITÉ ?

- « L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse qui, pendant les 24 premiers mois de prestations, empêche l'adhérent de remplir toutes et chacune des fonctions de son emploi et, après 24 mois, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité à but lucratif pouvant correspondre raisonnablement aux aptitudes des personnes ayant son éducation, sa formation et son expérience. L'incapacité doit nécessiter des soins réguliers d'un médecin, sauf dans les cas où un état stationnaire d'incapacité est attesté par un médecin. »
- L'invalidité peut être temporaire ou permanente.

5- EST-CE QUE SUR PRÉSENTATION D'UN CERTIFICAT MÉDICAL, LE DROIT À L'ASSURANCE INVALIDITÉ EST AUTOMATIQUE ?

- Être malade ne signifie pas être invalide au sens du contrat.
- Il appartient à l'assureur de déterminer s'il y a invalidité au sens de la définition précédente. Généralement, lorsque les informations médicales requises sont complètes et conformes, l'assureur accepte de verser une prestation d'invalidité. Toutefois, la nature de certaines maladies invalidantes peut entraîner des demandes d'informations additionnelles. Le contrat prévoit en effet que l'employé invalide doit fournir les pièces justificatives requises.

6- COMMENT SONT CALCULÉES LES PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ ?

- Pour la 1^{re} semaine d'assurance invalidité, soit à votre 5^e semaine d'absence, vous recevrez 85 % de votre salaire brut en vigueur à la fin du délai de carence moins les impôts fédéral et provincial.
- À compter de la 2^e semaine d'assurance invalidité, soit à votre 6^e semaine d'absence, vous recevrez 89 % de votre salaire net en vigueur à la fin du délai de carence, et ce, jusqu'à la fin de l'absence pour invalidité.
- Le service des ressources humaines de votre établissement fournit à l'assureur votre salaire brut et votre salaire net en vigueur à la fin du délai de carence.
- Le calcul du revenu net est effectué à chacun des cycles de paie de la façon suivante :

Salaire annuel brut arrondi au millier de dollars supérieur

Moins

Toutes les déductions annualisées

- Impôts fédéral et provincial calculés selon le statut fiscal déclaré par l'employé;
- Cotisation annuelle au Régime de rentes du Québec;
- Cotisation annuelle au Régime de retraite auquel participe l'employé;
- Cotisation annuelle d'assurance emploi;
- Cotisations annuelles aux régimes d'assurance collective;
- Cotisation annuelle au Régime québécois d'assurance parentale.

Égal

Revenu net annuel / Nombre de cycles de paie durant l'année civile en cours

Il est à noter que le nombre de cycles de paie par année civile est généralement de 26, mais une fois aux 7 ans, il est de 27 cycles. Tous les établissements du réseau n'ont pas le 27^e cycle dans la même année civile.

Desjardins Assurances détermine la prestation en fonction de la protection définie au contrat, soit 89 % du salaire net ramené sur une base quotidienne.

Voici un exemple

Salaire net :	1 500 \$ / cycle de paie		
	1 500 \$ / 14 jours =	107,14 \$ x 89 % =	95,35 \$
		95,35 \$ x 14 jours =	1 334,90 \$

7- DE QUELLE FAÇON ME SERONT VERSÉES LES PRESTATIONS ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Généralement, un dépôt bancaire est effectué par l'assureur pour chaque période de quatorze (14) jours de calendrier. Un relevé présentant les prestations versées est expédié à votre service des ressources humaines et celui-ci se charge de vous le transmettre.

8- LES AJUSTEMENTS DE SALAIRE ULTÉRIEURS MODIFIENT-ILS MES PRESTATIONS ?

- Les prestations demeurent inchangées, et ce, même si vous recevez une rétroactivité de votre établissement couvrant une période antérieure à votre période d'absence pour invalidité.
- Toutefois, en fonction de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation, les prestations sont indexées le 1^{er} janvier de l'année qui suit le début de leur paiement.

9- EXISTE-T-IL UN LIEN ENTRE LES DÉCLARATIONS AUX FINS DE RETENUE À LA SOURCE COMPLÉTÉES À VOTRE ÉTABLISSEMENT ET LE MONTANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ ?

Oui, il est très important de noter que le statut fiscal déclaré sur vos TD1 et TP-1015.3 demeure le même pour le calcul des prestations d'assurance invalidité. Ainsi, si votre statut fiscal est célibataire alors que vous avez des personnes à charge, vos prestations seront moindres, car celles-ci sont calculées sur votre salaire net.

10- DEVRAIS-JE DÉCLARER LE MONTANT DES PRESTATIONS REÇUES LORS DE LA PRODUCTION DE MES RAPPORTS D'IMPÔT ?

Oui, Desjardins Assurances émettra un T4 et un Relevé 1 correspondant aux prestations imposables versées pour la première semaine seulement. Par la suite, il s'agit de prestations non imposables basées sur le salaire net.

11- QU'ADVIENT-IL DES ASSURANCES COLLECTIVES ET DU RÉGIME DE RETRAITE PENDANT MON ABSENCE ?

- Assurances collectives : les couvertures demeurent en vigueur sans paiement des primes.
- Régime de retraite : il y a accumulation du service et exonération des cotisations.

12- MON RELEVÉ DE SALAIRE INDIQUE DES ARRÉRAGES, DE QUOI S'AGIT-IL ET COMMENT PUIS-JE ÉVITER DEVOIR REMBOURSER UN MONTANT IMPORTANT À MON RETOUR AU TRAVAIL ?

Le montant peut concerner des obligations d'épargne, le coût du stationnement, un REER collectif; bref tout prélèvement individuel autorisé. Afin d'éviter des déboursés importants à votre retour, nous vous conseillons de convenir avec le service des ressources humaines des modalités de remboursement selon les politiques en vigueur dans votre établissement.

13- AURAI-JE D'AUTRES FORMULAIRES À FOURNIR À L'ASSUREUR DURANT MON CONGÉ ?

Vous aurez à fournir des renseignements additionnels au cours de votre absence, notamment si la période initiale d'invalidité est prolongée ou que la durée de celle-ci est non justifiée par l'assureur. En effet, si votre invalidité devait se poursuivre sur plusieurs mois, voire plusieurs années, Desjardins Assurances a le droit de vérifier périodiquement l'évolution de la situation et de s'assurer que vous avez toujours un suivi médical. Vous aurez alors à faire compléter un rapport médical sur le formulaire *Rapport supplémentaire par votre médecin traitant*.

14- SI LE MÉDECIN ME PROPOSE DE REVENIR TRAVAILLER, MAIS UNIQUEMENT À TEMPS PARTIEL POUR UNE CERTAINE PÉRIODE, EST-CE POSSIBLE ?

Oui, il s'agit d'un retour progressif qui permet d'assurer plus de succès pour un retour à temps plein et éviter conséquemment une rechute. Il faut comprendre que le retour progressif implique qu'il y ait une progression du retour à l'intérieur d'une période donnée. Les aménagements en découlant seront examinés par les intervenants concernés : médecin traitant, assureur et service des ressources humaines. Ces aménagements dépendent de la cause et de la durée de l'invalidité.

15- MON INVALIDITÉ DÉCOULE D'UN ACCIDENT, EST-CE QUE JE RECEVRAI LES MÊMES PRESTATIONS ?

Si votre invalidité est couverte par un organisme public tel la SAAQ (accident d'automobile), la CNESST (accident de travail), l'IVAC (victime d'acte criminel) ou la RRQ (invalidité reconnue par la Régie des rentes), il devra y avoir coordination des prestations avec l'assureur.

Vous aurez alors à procéder selon les exigences des organismes publics concernés et obtenir les formulaires nécessaires pour l'assureur.

Ce feuillet vise à compléter et simplifier toutes les autres informations diffusées sur le sujet. En cas de litige, le texte du contrat d'assurance invalidité prévaudra.

Toute question doit être adressée au service des ressources humaines de votre établissement ou à assurancescollectives@uquebec.ca.

À L'INTENTION DU MÉDECIN TRAITANT

L'assureur s'appuie sur ce rapport pour constater l'invalidité. Si les renseignements inscrits sont incomplets ou imprécis, votre patient se verra refuser ou suspendre le versement des prestations et l'assureur pourra exiger des informations supplémentaires de votre part.

Afin d'éviter ces inconvénients, veuillez vous assurer :

- Que le diagnostic soit complet, en précisant les éléments qui rendent l'employé inapte au travail (les diagnostics tels que asthénie, fatigue, angoisse, etc. ne seront acceptés par l'assureur que s'ils sont bien appuyés);
- Que le type de traitement et la médication soient bien décrits;
- Que le suivi médical (fréquence des rencontres) soit indiqué;
- Que la date de retour au travail ou de retour progressif, s'il y a lieu, soit bien motivée;
- Que les examens médicaux subis ou à subir soient mentionnés.