

PROCESSUS DÉTAILLÉ DE PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Source: Financière Sun Life PDF5670-F 03-12 nj-mp-an

Il arrive couramment que des employés ne puissent plus travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure. Les employeurs le savent et ils disposent de programmes conçus pour aider les employés, tant sur le plan médical que financier, jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de retourner au travail.

Si vous avez des questions au sujet de votre régime d'assurance-invalidité, vous pouvez communiquer avec votre service des ressources humaines ou avec votre agent négociateur. Vous pouvez également consulter le site Web suivant : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hr-rh/bp-rasp/benefits-avantages/dip-rai/dip-rai-fra.asp>

En quoi consistent les prestations d'assurance-invalidité?

Le régime d'assurance-invalidité de la fonction publique fédérale vise à remplacer une partie du revenu perdu si vous devenez «totalement invalide» pour une période prolongée.

Si vous êtes totalement invalide et que vous croyez avoir droit aux prestations prévues par le régime, vous devez remplir un formulaire de demande de règlement. Vous devez également fournir les renseignements médicaux qu'exige la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) pour évaluer votre demande.

Le processus ne repose pas sur la confrontation, mais il vous incombe de fournir les renseignements requis en vue de confirmer votre invalidité. Ces renseignements serviront à évaluer votre demande de prestations, votre réadaptation et vos besoins en matière de rétablissement. Toutes les parties s'efforcent de viser un retour au travail rapide et sécuritaire.

Que signifie « totalement invalide »?

Période initiale de 24 mois

Vous êtes considéré comme «totalement invalide» si vous êtes incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir quelque tâche que ce soit de votre profession habituelle.

Après 24 mois

Vous êtes considéré comme «totalement invalide» si vous demeurez incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'exercer quelque profession appropriée qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir, et qui vous rapporterait au moins 66 2/3 % du salaire que vous touchiez avant votre invalidité.

Que se passe-t-il quand la Sun Life reçoit ma demande de règlement?

Le gestionnaire de dossiers – capacités (GDC) de la Sun Life tient compte des facteurs suivants au moment d'évaluer votre demande de règlement :

- vos renseignements médicaux;
- votre capacité à fonctionner et à accomplir les activités de la vie quotidienne;
- les exigences liées à votre poste;
- votre environnement de travail;
- la façon dont l'affection dont vous souffrez nuit à votre capacité d'effectuer votre profession.

Le GDC communique avec vous par téléphone s'il a besoin de renseignements supplémentaires. Vous pouvez alors lui poser des questions au sujet de votre demande. Il est possible que le GDC doive également communiquer avec votre médecin et/ou votre employeur pour obtenir d'autres renseignements. Une fois que tous les renseignements nécessaires sont reçus, votre demande de règlement est habituellement évaluée dans les dix jours ouvrables. Le GDC communique ensuite avec vous et votre service par écrit pour vous informer de sa décision.

REMARQUE : Vous devez fournir sans tarder à la Sun Life tous les renseignements pertinents concernant votre affection. Les honoraires exigés par votre médecin, le cas échéant, pour fournir des renseignements à l'appui de votre demande sont à votre charge.

Comment les prestations d'assurance-invalidité sont-elles calculées?

Les prestations :

- sont égales à 70 % de votre salaire mensuel assuré;
- ont imposables;
- sont indexées sur le coût de la vie à concurrence de 3 % par année;
- peuvent être réduites par d'autres sources de revenu.

Quand et comment les prestations sont-elles versées une fois que la demande de règlement est approuvée?

Les prestations sont payables à la plus tardive des dates suivantes : après le délai de carence (13 semaines d'invalidité totale) ou lorsque vos congés de maladie payés prennent fin.

Les prestations sont ensuite versées sur une base mensuelle. Vous recevez votre première prestation d'invalidité à la fin du mois au cours duquel le délai de carence prend fin.

REMARQUE : Il vous incombe d'informer la Sun Life des prestations ou du revenu que vous recevez d'autres sources, notamment toutes prestations ou tous rajustements rétroactifs (rente en vertu de la LPFP, prestations d'invalidité

du RPC/RRQ, etc.). Un paiement rétroactif peut entraîner le versement de prestations excédentaires par la Sun Life. Si cela se produit, vous devez rembourser entièrement à la Sun Life le montant qui vous a été versé en trop

En quoi consiste la réadaptation professionnelle?

La Sun Life et le gouvernement fédéral croient que le travail est bon pour la santé et qu'il fait partie intégrante du processus de rétablissement. La réadaptation professionnelle met l'accent sur ce qui est nécessaire pour vous préparer à un retour au travail rapide et sans risque, en prenant compte de vos capacités et restrictions. Votre plan de retour au travail pourrait comprendre, par exemple, un retour progressif au travail et/ou des tâches modifiées ou un retour au travail à temps partiel pour vous aider à vous adapter. Si votre retour au travail nécessite une expertise professionnelle particulière, un conseiller en gestion de la santé (CGS) sera mis à contribution pour participer à la coordination de votre retour au travail. En partenariat avec le GDC, le CGS travaillera avec vous, votre employeur et vos fournisseurs de soins de santé à élaborer votre plan de retour au travail. Plus un plan de retour au travail est intégré rapidement à votre programme global de rétablissement et de traitement, plus votre retour au travail sera facile. Le CGS peut avoir accès à une foule de services de réadaptation ou de réorientation professionnelles afin de vous offrir un programme complet de retour au travail.

Que se passe-t-il si ma demande de règlement est refusée?

Si votre demande de règlement est refusée, vous en êtes informé par écrit. On vous indique également en détail les renseignements que vous devez fournir si vous décidez de porter la décision en appel. La Sun Life vous donne deux occasions de le faire.

Premier appel – Le GDC examine les nouveaux renseignements que vous fournissez. S'ils ne suffisent pas à renverser la décision, votre demande est entièrement transmise au prochain échelon de direction. La personne examine les conclusions du GDC et si la décision demeure la même, elle rédige une lettre qui explique la décision et indique les renseignements requis en vue du deuxième appel.

Deuxième appel – L'équipe de gestion de la Sun Life examine les nouveaux renseignements que vous fournissez. S'ils ne suffisent pas à renverser la décision, votre demande est entièrement transmise au prochain échelon de direction. La personne examine les conclusions de l'équipe de gestion et si la décision demeure la même, elle rédige une lettre qui explique la décision finale. Si votre demande demeure fermée, le processus d'appel interne auprès de la Sun Life prend fin. la

Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité

Si les deux tentatives d'appel auprès de la Sun Life ont échoué, vous pouvez demander un examen indépendant auprès du Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité. Le Conseil, qui est composé de représentants de la direction et du syndicat de la fonction publique fédérale, relève du Conseil national mixte. Il examine chaque cas et chaque tentative afin de recommander une ligne de conduite à l'assureur ou à l'employé et d'en arriver à une résolution du dossier. Ses recommandations ne sont pas exécutoires, mais le Conseil a été en mesure de permettre la résolution de nombreux dossiers de façon satisfaisante pour toutes les parties.

Les demandes d'examen indépendant doivent être envoyées à l'adresse suivante:

Secrétaire du Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité

Conseil national mixte
Édifice C.D. Howe, tour ouest
240, rue Sparks, 7e étage
C.P. 1525, succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5V2

Bureau de l'ombudsman de la Sun Life

Si à tout moment durant le processus de gestion des règlements, vous avez eu l'impression d'être traité injustement, ou si vous avez une plainte à formuler au sujet d'un service fourni par la Sun Life, vous devez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de la Sun Life. Ce service n'est pas habilité à évaluer des renseignements médicaux ni à prendre des décisions. Le rôle de l'ombudsman consiste à enquêter de façon exhaustive et objective sur toutes les plaintes qui lui sont présentées et d'agir à titre de médiateur afin d'explorer les avenues qui pourraient mener à une résolution de la plainte.

Bureau de l'ombudsman de la Sun Life

225, rue King Ouest, 7e étage
Toronto (Ontario) M5V 3C5
Téléphone : 416-408-8954
Sans frais : 1-800-786-5433
Télécopieur : 416-595-1431
Courriel : ombudsman@sunlife.com

Pour communiquer avec la Sun Life

Numéro de téléphone sans frais : 1-800-361-5875

Numéro de télécopieur sans frais : 1-866-639-7849

Étape 1 **RÉCEPTION DE LA DEMANDE**

La Sun Life reçoit les formulaires suivants dûment remplis:

- a) Déclaration de l'employé (TBS/SCT 330-302)
- b) Déclaration de l'employeur (TBS/SCT 330-303)
- c) Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant (TBS/SCT 330-304)

Dans les cinq jours ouvrables de la réception des formulaires ci-dessus, la Sun Life accuse réception des documents et commence l'évaluation de votre demande de règlement.

RENSEIGNEMENTS INCOMPLETS

S'il lui est impossible de prendre une décision en raison de renseignements manquants, la Sun Life vous en informe par écrit et envoie une copie de la lettre à votre service.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (l'Assureur) et le Conseil du Trésor du Canada sont heureux de vous présenter cet aperçu du processus de demande de règlement au titre du régime d'assurance-invalidité

POUR EN SAVOIR PLUS

Appelez notre numéro de téléphone sans frais : **1-800-361-5875**
ou envoyez-nous une télécopie au numéro sans frais : **1-866-639-7849**

Étape 2 **ÉVALUATION DE LA DEMANDE**

Dans les dix jours ouvrables de la réception des formulaires de demande de règlement, la Sun Life évalue votre demande pour déterminer si vous avez droit à des prestations d'invalidité.

- Demande acceptée, passez à l'Étape 3.
- Demande refusée, passez à l'Étape 2A.

Étape 2A **DEMANDE REFUSÉE**

Vous êtes informé de la décision par écrit. On vous indique également en détail les renseignements que vous devez fournir si vous décidez de porter la décision en appel.

Passez à l'Étape 2B.

Étape 3 **DEMANDE APPROUVÉE**

La Sun Life vous envoie une lettre qui indique tous les calculs, la date à laquelle le versement des prestations commence et le montant de vos prestations.

Consultez la section « Quand et comment les prestations sont-elles versées une fois que la demande de règlement est approuvée » page 38

Étape 2B **PROCESSUS D'APPEL**

1^{er} appel - La Sun Life examine les nouveaux renseignements que vous avez fournis et si la décision demeure la même, elle rédige une lettre qui explique la décision et indique les renseignements requis en vue du deuxième app.
2^e appel - La Sun Life examine les nouveaux renseignements que vous avez fournis et si la décision demeure la même, elle rédige une lettre qui explique la décision finale. Si votre demande demeure fermée, le processus d'appel interne auprès de la Sun Life prend fin.
Consultez la section « Que se passe-t-il si ma demande de règlement est refusée? » page 39.

- Demande approuvée, **PASSEZ À L'ÉTAPE 3.**
- Demande refusée : Vous pouvez demander un examen indépendant auprès du « Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité » page 40

Étape 4 **RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

La réadaptation professionnelle met l'accent sur ce qui est nécessaire pour vous préparer à un retour au travail rapide et sans risque, en prenant compte de vos capacités et restrictions. Consultez la section « En quoi consiste la réadaptation professionnelle? » page 39

