Guide à l’intention des personnes nouvellement invalides

Contrat FNEEQ 001008-001010
Assurance invalidité de courte et de longue durée

Préparé en collaboration avec Beneva – Juillet 2026

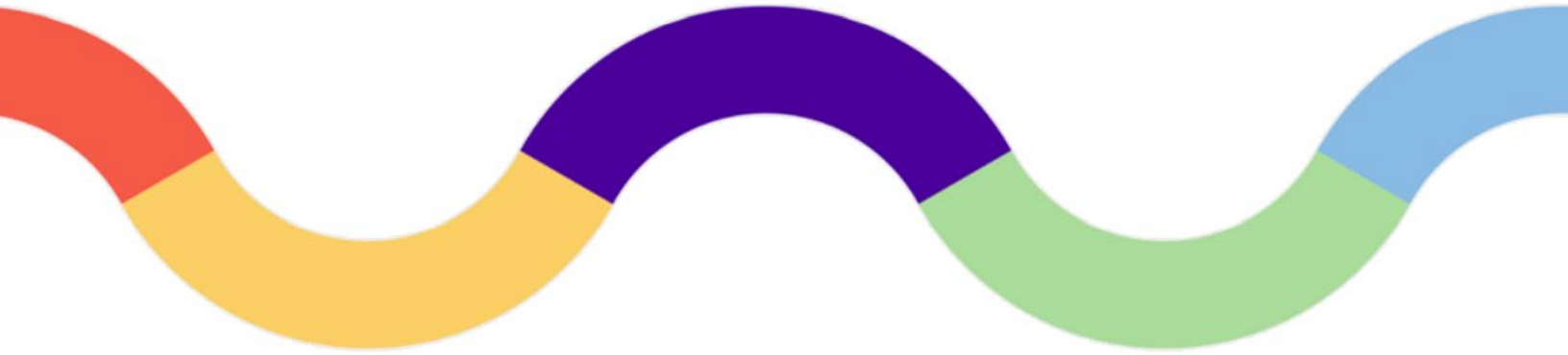


Table des matières

1. Quand dois-je soumettre ma demande à l'Assureur? 4

2. Comment puis-je soumettre une demande de prestations d'invalidité à l'Assureur? 5

3. Sur quelles bases l'analyse de mon dossier est-elle faite? 6

4. Comment la décision me sera-t-elle communiquée?....8

5. Est-ce que l'Assureur peut m'offrir des services de réadaptation? 8

6. Comment le retour au travail se passe-t-il?....8

7. Questions fréquemment posées 9

Afin d'accompagner les personnes nouvellement invalides dans leurs démarches, la FNEEQ, en collaboration avec Beneva, a préparé ce guide à leur intention ainsi qu'à celle des personnes conseillères des syndicats locaux qui les soutiennent.

Mise en contexte

Si vous n'êtes plus en mesure d'occuper votre emploi d'enseignant à cause d'une maladie ou d'un accident, il est rassurant de savoir que votre assurance invalidité vous aide à traverser cette période. Elle remplace la majeure partie de votre revenu, ce qui vous permet de continuer à respecter vos obligations financières tout en vous concentrant sur votre rétablissement.

Selon les règles prévues par votre convention collective, les prestations d'invalidité de courte durée peuvent être versées par votre employeur ou par Beneva.

Dans les deux cas, ces prestations compensent une majeure partie du revenu perdu en raison de votre incapacité temporaire à travailler pendant les 104 premières semaines de votre invalidité.

Voici un résumé des paramètres de l'assurance invalidité de courte durée :

Assurance invalidité de courte durée	Prestation d'invalidité de courte durée payée par l'employeur	Assurance invalidité de courte durée payée par Beneva
Délai de carence	Selon la convention collective	Variable selon l'établissement : Collège LaSalle : 25 jours Université Laval : 180 jours Collège Trinité : 14 jours Collège Universel : 14 jours ITHQ : 52 semaines ITAQ : 52 semaines Autres établissements : 30 jours
Durée maximale des prestations	24 mois	24 mois
Montant de la prestation	Selon la convention collective	75 % du salaire net
Indexation	Selon la convention collective	Selon l'indice RRQ Maximum de 3 %
Imposition	Selon la convention collective	Non imposable

Lorsque l'arrêt de travail excède 24 mois (104 semaines), le contrat d'assurance collective souscrit par la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ) auprès de Beneva prévoit le versement de prestations pour tous ses membres admissibles.

Cette assurance invalidité de longue durée assure la sécurité financière des personnes tant qu'elles répondent à la définition d'invalidité.

Voici un résumé des paramètres de l'assurance invalidité de longue durée :

Assurance invalidité de longue durée	
Délai de carence	104 semaines plus les congés de maladie
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de la prestation	75 % du salaire net
Indexation	Selon l'indice RRQ Maximum de 6 %
Imposition	Non imposable

Vous pouvez consulter le détail de ces protections dans le Sommaire des protections ou dans le contrat d'assurance collective disponibles sur le site de Beneva ainsi que sur celui de la FNEEQ.

1. Quand dois-je soumettre ma demande à l'Assureur?

Si votre assurance invalidité de courte durée est payée par Beneva, envoyez votre demande **dès que possible.** Cette démarche est recommandée si votre arrêt de travail est susceptible de dépasser le délai de carence prévu par votre protection.

En ce qui concerne l'invalidité de longue durée, il est conseillé d'entamer les démarches pour le dépôt de votre demande de prestations à partir de la **90e ou 91e semaine d'invalidité**, soit environ **trois mois** avant la fin du délai de carence de 104 semaines. De cette façon, vous vous assurez de transmettre votre demande complète au moins un mois avant l'atteinte de la 104e semaine, évitant ainsi toute interruption de vos prestations.

2. Comment puis-je soumettre une demande de prestations d'invalidité à l'Assureur?

Votre demande de prestations doit inclure les documents suivants :

Assurance invalidité de courte durée

- Les sections suivantes de la **Demande de prestations initiale – Assurance invalidité de courte et de longue durée (P122) :**
    - *Déclaration de la personne assurée* à remplir par la personne adhérente
    - *Déclaration médicale* à remplir par votre médecin. Beneva accepte également le formulaire universel de déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité délivré par certains médecins en remplacement de son propre formulaire.

- Copie de votre dernier relevé de participation à votre régime de retraite (p. ex. *RREGOP*)

- Spécimen de chèque du compte bancaire à utiliser pour le dépôt des prestations

Si ce n'est déjà fait, créez votre compte sur l'Espace client sur le site de Beneva Espace client - Se connecter | Beneva. Le formulaire de demande de prestations s'y retrouve sous l'onglet *Documents* dans la section *Formulaire*.

L'Assureur communiquera directement avec votre employeur afin d'obtenir la déclaration de l'employeur ainsi que les documents requis pour votre dossier, notamment la copie des documents médicaux en sa possession et votre description de tâches.

Assurance invalidité de longue durée

Si vous n'avez pas déjà un dossier en assurance invalidité de courte durée auprès de Beneva, il vous incombe, en plus des documents cités ci-haut, de fournir les pièces requises pour l'analyse de votre demande d'assurance invalidité de longue durée. Cela inclut votre dossier médical complet comprenant les notes évolutives de tous les médecins rencontrés depuis le début de l'invalidité ainsi que les copies des rapports de consultation en spécialités, des résultats de tests et examens effectués et des rapports d'expertise, s'il y a lieu (des frais peuvent être associés à cette demande).

Les documents nécessaires à l'analyse de votre demande peuvent être transmis par l'un des moyens suivants :

- **Sur l'Espace client de Beneva,** sous la section *Invalidité*, en cliquant sur *Faire une réclamation* (mode de transmission confidentiel) – recommandé
- **Par courriel à l'adresse suivante : prest.inv@beneva.ca** (mode de transmission non sécurisé)
- **Par télécopieur** au 418 641-4321 ou sans frais au 1 855 669-8830

- **Par la poste :** Beneva inc.
  C.P. 11051, succ. Sainte-Foy
  Québec (QC) G1V 0K1

3. Sur quelles bases l'analyse de mon dossier est-elle faite?

L'analyse de votre demande débute à la suite de la réception de l'ensemble des informations nécessaires. Afin de déterminer votre admissibilité aux prestations d'assurance invalidité de courte ou de longue durée, l'ensemble des éléments suivants est considéré :

1. **La définition d'invalidité du contrat de la FNEEQ, qui se lit comme suit :**

   Un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement la personne adhérente d'exercer les tâches habituelles de son emploi régulier.

   Les soins médicaux ne sont pas requis si l'invalidité résulte de la perte de membres ou de la vue, et qu'elle peut être établie définitivement à la satisfaction de l'Assureur.

2. **Votre condition médicale, incluant les traitements en cours, vos limitations et vos restrictions, etc.**

3. **Votre description de tâches établie par l'employeur**

4. **Dans le cas où des prestations d'invalidité vous sont versées par un organisme gouvernemental (p. ex. : CNESST, SAAQ, Retraite Québec, etc.), la coordination des prestations est prévue au contrat.**

5. **Les informations recueillies lors de l'entrevue téléphonique initiale**

   Pour bien comprendre votre situation, la personne responsable de votre dossier vous appellera. Il s'agit de la personne technicienne en gestion d'invalidité, qui souhaite avoir une vue d'ensemble avant de poursuivre l'étude. Lors de cet appel, elle vous expliquera également les prochaines étapes du processus. N'hésitez pas à lui poser toutes vos questions! Elle est là pour vous accompagner dans vos démarches.

   Le but de cet appel est de bien comprendre votre réalité afin d'assurer un suivi adéquat de votre dossier et de vous donner le soutien nécessaire pour retrouver la santé.

   L'entrevue permet souvent de mieux comprendre des éléments liés aux limitations qui ne figurent pas toujours dans les rapports médicaux.

Voici quelques exemples de questions qui pourraient vous être posées dans le cadre de l'analyse de votre dossier :

Historique de la maladie

- Quel est le diagnostic? S'agit-il de la première fois que vous avez ce problème de santé?
- Quelle est la date de votre prochain rendez-vous médical?
- L'invalidité est-elle liée à un accident ou un évènement? Pouvez-vous me préciser les circonstances, la date ainsi que le lieu et s'il s'agit d'un dossier CNESST, IVAC ou SAAQ?

Traitements

- Consultez-vous un médecin spécialiste? Si oui, quels sont son nom et sa spécialité?
- Consultez-vous un autre professionnel ou professionnelle de la santé (p. ex : physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social ou travailleuse sociale, psychologue)? Si oui, quels sont son nom et sa spécialité ?
- Prenez-vous un médicament? Si oui, pouvez-vous m'indiquer son nom et la posologie ?

Limitations fonctionnelles

- Au quotidien, est-ce qu'il y a des tâches ou des activités que vous avez cessé de faire en raison de votre problème de santé?
- Si vous comparez vos capacités actuelles à celles du début de votre arrêt de travail, y a-t-il des tâches ou des activités que vous avez reprises?
- Quel a été le ratio bonnes journées/mauvaises journées au cours de la dernière semaine? Qu'est-ce qui caractérise une bonne journée pour vous?

Exigences de l'emploi

- Qu'est-ce qui vous empêche d'exercer votre emploi actuellement?
- Quelles sont les tâches que vous n'êtes plus en mesure d'accomplir actuellement?
- Décrivez votre situation professionnelle avant l'arrêt de travail : horaire, heures supplémentaires, climat de travail, etc.

Retour au travail et accommodement

- Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre retour au travail? Quelle est votre perception à ce sujet?
- Existe-t-il des possibilités d'accommodement chez votre employeur?

Gains secondaires

- Avez-vous d'autres revenus ou recevez-vous d'autres prestations (p. ex. : deuxième emploi, assurance prêt hypothécaire)?

Pour les adhérents de 55 ans et plus

- Avez-vous déjà prévu une date pour votre retraite?

Dans certains cas, à la suite de cette discussion, il est possible que vous ayez à fournir des documents supplémentaires. Le traitement de votre demande sera suspendu jusqu'à la réception de ces derniers.

4. Comment la décision me sera-t-elle communiquée?

Une fois tous les documents reçus et analysés, la personne technicienne communiquera de nouveau avec vous par téléphone pour vous informer du résultat du processus. La décision vous sera également transmise par écrit. Lorsque la demande est acceptée, l'Assureur procède au dépôt de vos prestations dans votre compte bancaire dans un délai de 24 à 48 heures ouvrables.

5. Est-ce que l'Assureur peut m'offrir des services de réadaptation?

Selon votre situation, l'Assureur pourrait vous proposer un accompagnement, par des professionnels de la santé en réadaptation, afin de faciliter votre retour vers la santé. Ces professionnels sont spécifiquement formés pour aider les personnes en invalidité depuis une certaine période à retrouver une meilleure qualité de vie, et ce, dans le respect de leur condition de santé. Les frais relatifs à ces professionnels seront assumés par l'Assureur dans le cadre de la gestion de votre dossier d'invalidité.

Si vous désirez en plus consulter des professionnels qui ne sont pas prévus dans votre plan de traitement, vous avez la possibilité d'y avoir recours par vos propres moyens, dans le cadre de votre régime d'assurance collective.

6. Comment le retour au travail se passe-t-il?

Si votre médecin confirme votre aptitude à retourner au travail ou à commencer de la réadaptation en milieu de travail, vous devez en informer l'Assureur afin de faire approuver le plan proposé par le médecin. Vous devrez également prendre entente avec votre employeur et aviser la personne conseillère de votre syndicat local au besoin pour convenir des modalités de votre retour au travail.

L'Assureur accepte généralement de soutenir un retour au travail progressif dans le but de favoriser la consolidation de votre état de santé. Toutefois, il doit approuver au préalable la durée de cette période. Celle-ci ne peut en aucun cas excéder 12 mois, incluant le retour au travail progressif effectué pendant le délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée. Durant cette période, une portion de vos prestations d'assurance invalidité continuera de vous être versée en complément du salaire reçu de votre employeur pour le temps travaillé.

Obligation d'accommodement

Votre médecin pourrait recommander un retour au travail sous certaines conditions. Si celles-ci exigent des accommodements, l'employeur doit chercher une solution raisonnable, sauf si cela lui impose une contrainte excessive. Durant la démarche d'accommodement, vous devez collaborer avec l'employeur et votre syndicat local. Communiquez avec ce dernier pour qu'il vous accompagne tout au long de ce processus.

7. Questions fréquemment posées

a) Que se passe-t-il une fois que j'ai déposé ma demande d'assurance invalidité de courte ou de longue durée?

Une personne technicienne en gestion d'invalidité sera attitrée à votre demande. Elle fera l'analyse des documents reçus, vous contactera pour l'entrevue initiale et déterminera, selon les termes du contrat de la FNEEQ, votre admissibilité à recevoir des prestations d'assurance invalidité.

Elle communiquera avec vous par téléphone et vous recevrez ensuite une communication écrite vous informant de la décision rendue.

b) Quelles sont les informations prises en considération lors de l'analyse de ma demande?

L'analyse de votre dossier tient compte de l'ensemble des renseignements médicaux reçus ainsi que des informations complémentaires recueillies lors de l'entrevue téléphonique.

c) Est-ce que je continue de payer mes primes d'assurance pendant ma période d'invalidité?

Le contrat d'assurance collective de la FNEEQ prévoit une clause d'exonération des primes, ce qui signifie que vous n'avez plus à payer celles-ci après un certain délai.

Si vous bénéficiez d'une garantie d'assurance invalidité de courte durée avec Beneva, l'exonération de la prime d'assurance invalidité de courte durée seulement s'applique au premier jour de la période de paie qui suit la date à laquelle les prestations débutent.

Toutefois, dans le cas où c'est votre employeur qui vous verse les prestations d'assurance traitement prévues à la convention collective, l'exonération des primes entre en vigueur après une période de 52 semaines suivant le début de l'invalidité.

Des dispositions particulières s'appliquent aux personnes chargées d'enseignement à l'Université Laval. Pour plus de détails, veuillez consulter le Sommaire des garanties.

L'exonération des primes liées aux garanties d'assurance demeure en vigueur tant que vous répondez à la définition d'invalidité prévue au contrat, sous réserve que celui-ci soit toujours actif et que vous n'ayez pas atteint l'âge de 65 ans.

d) Ma demande de prestations d'invalidité est-elle automatiquement acceptée?

Il est important de noter que la notion d'invalidité ne se définit pas uniquement par un diagnostic ou la présence de symptômes. Votre problème de santé doit également correspondre à la définition d'invalidité totale établie par votre contrat d'assurance collective.

e) Que puis-je faire si ma demande de prestations d'invalidité est refusée?

Si votre demande est refusée et que vous n'êtes pas d'accord, vous pouvez demander, dans les 30 jours ouvrables, une révision de la décision rendue dans un premier temps. Une équipe spécialisée traitera votre dossier.

Vous pouvez consulter la page expliquant le processus de traitement des plaintes et de règlement des différends à l'adresse suivante : www.beneva.ca/fr/insatisfaction-et-plaintes.

Votre contestation doit être transmise à l'Assureur, conformément aux modalités indiquées dans la section *Comment formuler une plainte?* de la page du site web. Idéalement, elle devrait être accompagnée de nouveaux renseignements médicaux pour appuyer votre demande de réévaluation, bien que cela ne soit pas obligatoire.

Vous devez assumer tous les frais liés à des examens médicaux et à la production de nouveaux documents (p. ex. : copie de dossier, rapport médical de spécialité).

Si, après la révision de votre dossier, vous demeurez insatisfait de la décision de l'Assureur, d'autres recours sont possibles. Ceux-ci sont détaillés sur la page Web y étant consacrée et vous pouvez contacter votre syndicat pour plus d'informations.

f) À quel moment vais-je recevoir mon premier paiement?

Vous devez adhérer au dépôt direct de vos prestations en joignant à votre demande un spécimen de chèque. Cette façon de procéder permet à l'Assureur de vous verser rapidement celles-ci une fois que votre demande est approuvée.

Selon votre institution financière, il faut prévoir un délai de 24 à 48 heures ouvrables pour que la somme soit déposée dans votre compte bancaire. Par la suite, le versement de la prestation du mois en cours s'effectue à la fin de ce dernier.

g) Est-ce que les prestations d'assurance salaire que je reçois sont imposables?

Les prestations payables en cas d'invalidité sont non imposables.

h) Quelles sont mes responsabilités en tant que personne assurée?

Dans le cadre de votre demande initiale de prestations, il est de votre responsabilité de transmettre à l'Assureur tous les documents pertinents dûment complétés.

Une fois votre invalidité reconnue, vous devez fournir à l'Assureur, sur demande, tout document médical supplémentaire ou toute information qu'il juge pertinente.

i) Est-ce que l'Assureur communiquera avec moi pendant ma période d'invalidité?

Durant votre période d'invalidité, la personne technicienne responsable de votre dossier pourrait communiquer avec vous afin de recueillir des renseignements sur l'évolution de votre état de santé, vos capacités fonctionnelles et vos progrès, dans le but d'évaluer la possibilité de prolonger l'acceptation de votre dossier et de vous informer des prochaines étapes.

Une juste connaissance de votre situation permet de vous diriger vers d'autres services de santé ou d'autres experts de la santé selon votre situation, le tout dans l'objectif de vous aider à retrouver la santé.

j) À qui dois-je m'adresser si j'ai des questions sur mon assurance invalidité?

Si vos questions concernent les prestations payables par l'Assureur, **nous vous invitons à joindre ce dernier au 1 800 463-4856.**

Toutefois, si elles ont trait aux prestations d'assurance salaire qui sont payables par votre employeur, vous devez contacter celui-ci.

En tout temps, vous pouvez également communiquer avec votre syndicat local.

k) Est-ce que je continue de cotiser au RREGOP durant mon invalidité?

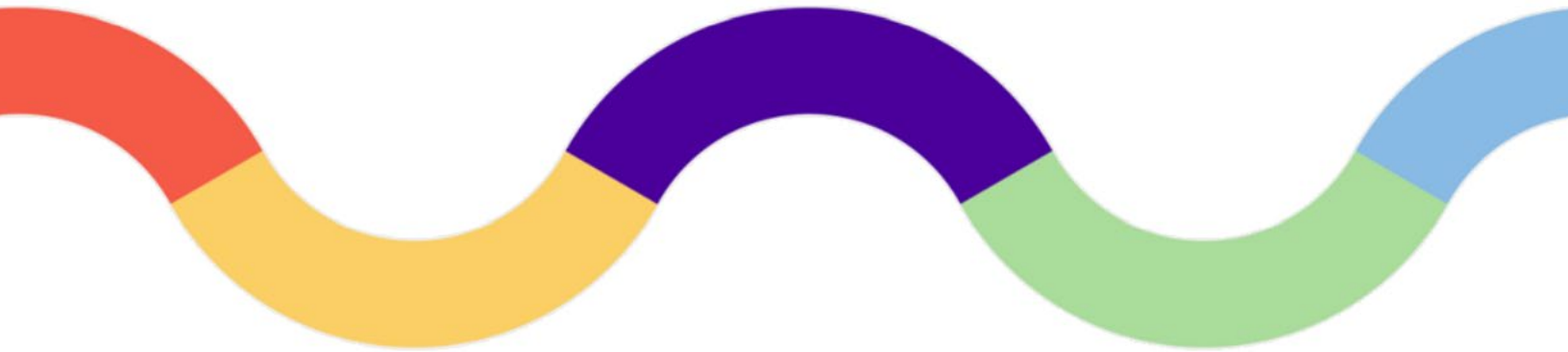
Vous serez exonéré de cotisations au RREGOP pour une période maximale de trois ans, à moins de circonstances particulières. Si l'invalidité devait durer plus longtemps, votre convention collective prévoit certaines modalités de rachat de vos années de service. Pour plus d'information, contactez votre syndicat.

l) Puis-je bénéficier d'un accompagnement auprès de Retraite Québec en cas d'invalidité permanente?

L'assureur informe la FNEEQ lorsqu'une personne est reconnue invalide de façon permanente à son emploi. Une personne de la FNEEQ pourra communiquer avec vous pour vous offrir un accompagnement dans vos démarches, si vous le souhaitez.

L’assurance collective, c’est la solidarité!

Notre régime d’assurance collective accepte la participation de tous les membres admissibles, peu importe leur condition de santé, et partage entre ceux-ci le risque que l’un d’entre eux tombe malade. Chacun accepte de payer une portion du coût et, advenant qu’une personne nécessite des soins ou devienne invalide, des sommes peuvent lui être versées.

Dans un groupe d’importance comme la FNEEQ, la tarification est basée sur les réclamations des membres le composant. C’est pourquoi, lorsque les réclamations globales sont supérieures au total des primes versées par les membres, elle augmente l’année suivante. À l’inverse, si les réclamations sont moins élevées que celles que prévoyait la tarification, en vertu de l’entente financière, les sommes excédentaires sont déposées dans un compte où elles sont à la disposition de la FNEEQ, qui peut par exemple les utiliser pour accorder un congé de primes aux membres l’année suivante ou une année subséquente afin d’atténuer une hausse de ces dernières.

Dans ce contexte, il est important de s’assurer que tous les membres sont traités équitablement, conformément aux règles du contrat. C’est le mandat que la FNEEQ a confié à l’Assureur.