



Foire aux questions



Assurance contre les maladies graves avec services de soutien pour les soins médicaux d'Allstate Benefits

COUVERTURE ET PRESTATIONS

Q: Pourquoi devrais-je souscrire l'assurance contre les maladies graves?

R: La couverture en cas de maladie grave vous fournit un soutien financier si vous recevez un diagnostic de maladie grave, et vous offre également des services-conseils pour répondre à vos préoccupations et vous permettre d'avoir l'esprit tranquille. Si vous ou une personne à charge assurée recevez un diagnostic de maladie grave couverte par la police, Allstate Benefits vous versera une prestation en espèces calculée en fonction du montant d'assurance que vous avez choisi. Vous pouvez utiliser ce montant comme bon vous semble. Vous pouvez l'utiliser à des fins de pharmacothérapie expérimentale, pour des rénovations domiciliaires nécessaires afin de bénéficier de soins médicaux ou pour un traitement médical supplémentaire qui n'est pas couvert par l'assurance-maladie provinciale ou votre régime d'avantages sociaux collectif. Vous pouvez même vous en servir pour rembourser votre emprunt hypothécaire, payer vos frais de garderie et vos factures d'électricité. La décision vous revient.

Q: Comment fonctionne la couverture en cas de maladie grave?

R: Le régime d'assurance contre les maladies graves verse à l'assuré une prestation en espèces lorsqu'une personne assurée reçoit un diagnostic d'une des maladies graves énumérées sur votre certificat. Le diagnostic doit être posé après la date d'entrée en vigueur du régime.

Q: Le cancer de la peau est-il couvert?

R: Même si la plupart des cancers de la peau ne sont pas couverts par cette police, certains types de cancer de la peau peuvent être couverts si une biopsie ou un rapport de pathologie indique que le cancer de la peau est invasif, c'est-à-dire qu'il s'est propagé aux tissus environnants. Dans ce cas, il serait considéré comme un cancer invasif (par exemple, un mélanome malin).

Q: Qu'est-ce qu'un carcinome in situ?

R: Un carcinome in situ est considéré comme un cancer lorsque les cellules tumorales résident encore dans le tissu d'origine et qu'elles n'ont pas pénétré le tissu environnant. Le carcinome in situ est payable à 25 % du montant de prestation de l'assuré.

Q: Si j'ai eu un cancer il y a cinq ans ou moins, suis-je admissible à la protection?

R: Oui, vous êtes admissible au montant de l'établissement garanti, sous réserve des exclusions et limitations applicables. Si un cancer précédemment diagnostiqué récidive après la date de prise d'effet, nous paierons la demande d'indemnités dans la mesure où l'assuré n'a eu aucun symptôme et n'a reçu aucun traitement pendant une période de 12 mois consécutifs. Cette disposition ne s'entend pas de l'utilisation de médicaments d'entretien ni des visites de suivi périodiques.

Q: À combien s'élève l'assurance contre les maladies graves?

R: Veuillez vous reporter au document portant sur l'assurance contre les maladies graves ou vous connecter à l'outil de sélection de prestations aux fins d'adhésion pour prendre connaissance du coût des primes.

Q: Y a-t-il un nombre limite de maladies graves pouvant être couvertes?

R: Une personne couverte peut recevoir des prestations pour toutes les maladies graves figurant dans la brochure, dans la mesure où une période d'au moins 90 jours s'est écoulée entre chacune d'entre elles.

Exemple: Un assuré fait une crise cardiaque, tel que défini dans le certificat d'assurance, après la date de prise d'effet; une prestation en espèces lui est versée.

- 72 jours après avoir fait une crise cardiaque, l'assuré reçoit un diagnostic de cancer invasif. Aucune prestation n'est payable, car les événements sont survenus dans une période de moins de 90 jours.
- 103 jours après avoir fait une crise cardiaque, l'assuré a un accident vasculaire cérébral. Une prestation en espèces est versée à l'assuré puisqu'une période de plus de 90 jours s'est écoulée entre les événements.

Q: Quels sont les services de conciergerie médicale de Cliniques TELUS^{MD} Santé?

R: Dans le cadre de votre couverture en cas de maladie grave d'Allstate Benefits, vous avez accès à des services de soutien médical par l'intermédiaire de Cliniques TELUS^{MD} Santé, le plus important réseau de fournisseurs de services de consultation et de diagnostic au Canada. Cliniques TELUS^{MD} Santé vous mettra en contact avec une infirmière pivot, c'est-à-dire une infirmière autorisée qui vous offrira un soutien individuel personnalisé, axé sur votre diagnostic précis ou soupçonné. Les services de conciergerie comprennent l'organisation des dossiers médicaux, la facilitation de l'obtention d'un deuxième avis et de rendez-vous avec des spécialistes, une discussion sur les options de traitement et de l'aide dans le processus de règlement initial.

Q: Comment puis-je joindre une infirmière pivot?

R: Dès que la couverture entre en vigueur, vous pouvez communiquer avec Cliniques TELUS^{MD} Santé en composant le 1-866-780-2756. Votre appel sera acheminé directement à une infirmière pivot qui vous guidera dans la prise en charge de vos problèmes de santé.

Q: Qu'est-ce que PinnacleCare?

R: PinnacleCare fournit des conseils en matière de santé et des services de soutien aux décisions aux États-Unis. Si vous souhaitez obtenir un deuxième avis médical aux États-Unis ou décidez de recevoir un traitement pour une maladie grave couverte aux États-Unis, votre infirmière pivot de Cliniques TELUS^{MD} Santé assurera la coordination avec PinnacleCare pour organiser une consultation. Avec votre permission, votre infirmière pivot transmettra vos dossiers médicaux à votre représentant désigné de PinnacleCare afin qu'il vous guide et vous appuie pour l'obtention d'un deuxième avis et tout au long du traitement aux États-Unis.

PERSONNES À CHARGE

Q: Les personnes à ma charge sont-elles couvertes?

R: Veuillez vous reporter au document portant sur l'assurance contre les maladies graves ou vous connecter à l'outil de sélection de prestations aux fins d'adhésion pour passer en revue les renseignements sur les personnes à charge.

Q: Qu'arrive-t-il si je décède après avoir reçu un diagnostic de maladie grave couverte?

R: Si vous décédez peu après avoir reçu un diagnostic, le bénéficiaire que vous avez désigné lors de l'adhésion peut présenter une demande d'indemnités et les documents connexes à des fins d'examen. Dans la mesure où votre employeur ou votre administrateur détient les renseignements sur la désignation de votre bénéficiaire dans son dossier, votre bénéficiaire a droit aux prestations qui sont exigibles. Il n'y a aucune période de survie, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune durée prédéterminée pendant laquelle vous devez rester en vie après la date d'entrée en vigueur de la police pour avoir droit aux prestations.

TRANSFÉRABILITÉ

Q: Les modalités des prestations, les exclusions et les limitations demeurent-elles les mêmes si je quitte mon emploi pour acquérir le statut de travailleur indépendant?

R: Oui, les modalités des prestations, les exclusions et les limitations sont les mêmes que celles prévues dans la police collective de l'employeur. La protection transférable peut comprendre toute personne à charge admissible qui était couverte aux termes de la police. La transférabilité entre en vigueur le jour qui suit celui où la couverture de la police de l'employeur prend fin.

Q: La couverture en cas de maladie grave est-elle transférable?

R: Oui, vous pouvez continuer à bénéficier de votre couverture après avoir quitté votre emploi. Vous devez soumettre un formulaire Demande pour exercer le droit de transférabilité ainsi qu'un formulaire d'autorisation de prélèvements préautorisés à partir de votre compte bancaire personnel. Vous pouvez vous procurer les formulaires en appelant au 1-844-436-1105 ou en envoyant un courriel à admin@allstatevoluntary.ca. Veuillez envoyer les formulaires dûment remplis :

- par courriel à l'adresse admin@allstatevoluntary.ca
- par télécopieur au 1-844-436-1107
- ou par la poste, à l'adresse :

Allstate du Canada, compagnie d'assurance
Allstate Benefits
C. P. 8100, succ. T
Ottawa (Ontario)
K1G 3H6

Allstate Benefits doit recevoir les deux formulaires dûment remplis dans les 30 jours qui suivent la date de cessation d'emploi.

DEMANDES D'INDEMNITÉS

Q: Comment puis-je présenter une demande d'indemnités?

R: Les formulaires de demande d'indemnités et les justificatifs peuvent être transmis :

- par courriel à l'adresse claims@allstatevoluntary.ca
- par télécopieur au 1-844-436-1107
- par la poste à l'adresse figurant sur le formulaire

Q: Quels documents sont requis pour obtenir le versement du montant de la demande d'indemnités?

R: Un formulaire de demande d'indemnités et les documents connexes concernant la maladie grave sont requis aux fins de l'examen de la demande. Le diagnostic doit correspondre à la définition de la maladie grave figurant dans le certificat d'assurance. Vous pouvez vous procurer le formulaire de demande d'indemnités en appelant au 1-844-436-1105 ou en envoyant un courriel à admin@allstatevoluntary.ca. Le formulaire de demande d'indemnités décrit précisément le type de documents que vous devez fournir pour l'examen de toutes les demandes d'indemnités.

USAGE DU TABAC

Q: Les primes varient-elles selon que l'assuré est fumeur ou non-fumeur?

R: Oui. Si vous ou vos personnes à charge fumez ou utilisez des produits du tabac, vous devez payer le montant de la prime associée au tabac.

ÂGE

Q: Les prestations diminuent-elles avec l'âge?

R: Veuillez vous reporter au document portant sur l'assurance contre les maladies graves ou vous connecter à l'outil de sélection de prestations aux fins d'adhésion pour passer en revue les renseignements sur l'âge.

Q: Le montant de ma prime changera-t-il?

R: Les primes sont calculées en fonction de l'âge de l'assuré principal. L'assurance contre les maladies graves est un produit déterminé en fonction du groupe d'âge qui est susceptible de changer tous les cinq ans. Votre prime varie en fonction du groupe d'âge dans lequel vous vous situez.

SOUSCRIPTION

Q: Cette couverture est-elle assortie de l'établissement garanti?

R: Pendant la période d'adhésion initiale, la couverture est assortie de l'établissement garanti, ce qui signifie que vous n'avez pas à remplir de questionnaire médical. Pour être admissible, vous devez être un employé actif, et toutes les exclusions et limitations s'appliqueront à la couverture établie.



Le lien entre Allstate Benefits, Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare est uniquement une alliance de marketing. Allstate Benefits ne formule aucune déclaration et ne fournit aucune garantie relativement aux programmes de Cliniques TELUS^{MD} Santé ou de PinnacleCare et elle ne peut être tenue responsable des produits ou services qu'elles offrent. Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare offrent leurs produits et services respectifs sous réserve de leurs propres conditions, restrictions et exclusions.

Rév. 05/24. Le présent document est valide tant que les renseignements qu'il renferme sont à jour, mais sa validité prendra fin le 15 mai 2026. La couverture est offerte par l'assurance contre les maladies graves supplémentaire à indemnisation limitée. Les prestations de l'assurance collective contre les maladies graves sont accordées par la police GCIP. Les détails de l'assurance, y compris les exclusions, limitations et autres dispositions sont donnés dans les certificats délivrés. Pour en savoir davantage, vous pouvez communiquer avec votre représentant Allstate Benefits. Le présent document donne simplement un aperçu des prestations offertes aux termes de la police collective souscrite par Allstate du Canada, compagnie d'assurance (siège social, Markham, Ontario). Allstate Benefits est une marque de commerce d'Allstate Insurance Company, utilisée sous licence par Allstate du Canada, compagnie d'assurance. © Allstate du Canada, compagnie d'assurance, 2024. www.allstatebenefits.ca