

FOOTBALL AMÉRICAIN INTERSCOLAIRE

# ASSURANCE ACCIDENT POUR LE CONSEIL DE L'ÉDUCATION DU COMTÉ DE DEKALB 2016 - 2017



Proposée par :



P.O. Box 1185 • Marietta, Georgia 30061  
Tél. (770) 427-2461

Hors zone d'appel local d'Atlanta 1-800-633-2360

Garantie par :

**United States Fire Insurance Company**  
par Fairmont Specialty, un service de Crum & Forster  
Eatontown, New Jersey

## NOTE

Ce dossier n'est pas un contrat. Il représente seulement une illustration des prestations proposées. Vous pouvez consulter le certificat-maître au bureau du district scolaire. Conservez ce dossier pour consultation ultérieure. Gardez votre chèque encaissé comme preuve de couverture.

# ASSURANCE PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS DANS LE CADRE DE FOOTBALL AMÉRICAIN INTERSCOLAIRE NIVEAU LYCÉE, REMBOURSANT JUSQU'À 25 000 \$ DE DÉPENSES MÉDICALES

## PRESTATIONS MÉDICALES

Si l'élève reçoit des soins par un médecin ou un chirurgien légalement qualifié (autre qu'un membre de la famille) ou est hospitalisé, et que les soins commencent dans les 60 jours suivant la date de la blessure, l'entreprise payera les dépenses raisonnables et habituelles occasionnées par les soins médicaux, dentaires ou hospitaliers nécessaires, conformément aux conditions, limitations et exclusions indiquées dans la présente brochure. L'entreprise payera ces dépenses jusqu'à un an à compter de la date de la blessure. La blessure doit survenir alors que la présente police est en vigueur.

## DÉDOMMAGEMENTS DÉCÈS, MUTILATION ET PERTE DE LA VUE

Payable en complément des autres remboursements, l'un des éléments suivants :

la somme la plus importante applicable

(dans les 180 jours à compter de la date de la blessure)

Décès ..... 2 500 \$

Perte des deux mains, des deux pieds et de la vue des deux yeux..... 10 000 \$

Perte d'une main, d'un pied, ou de la vue d'un œil..... 5 000 \$

### Les remboursements sont limités aux maximums suivants :

	PRESTIGE	PRÉFÉRENTIEL	BASIQUE
Chambre et pension d'hôpital	Tarif chambre à deux	Tarif chambre à deux	150,00 \$ par jour
Services et produits pour patients hospitalisés	80 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 5 000,00 \$	80 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 3 000,00 \$	70 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 2 000,00 \$
Salle d'urgence - hôpital (y compris tous les services et produits, à l'exception des radiographies)	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 500,00 \$	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 200,00 \$	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 100,00 \$
Chirurgie	Coûts raisonnables et habituels, à 80 %	Coûts raisonnables et habituels, à 80 %	Coûts raisonnables et habituels, à 80 %
Soins ambulatoires (tous les services et produits, à l'exception des radiographies)	100,00 \$ pour le premier soin, 75,00 \$ pour chaque soin supplémentaire – 5 soins maximum	40,00 \$ par soin, 5 soins maximum	25,00 \$ pour le premier soin, 15,00 \$ pour chaque soin supplémentaire – maximum 5 soins
Services par infirmière autorisée	Totalité des coûts raisonnables et habituels	Totalité des coûts raisonnables et habituels	Totalité des coûts raisonnables et habituels
Radiographies, imagerie de diagnostic, IRM, scanner (TDM), etc.	80 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 750,00 \$	80 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 300,00 \$	80 % des coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 150,00 \$
Rééducation (milieu hospitalier ou non)	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 250,00 \$	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 100,00 \$	25,00 \$ pour le premier soin, 15,00 \$ pour chaque soin supplémentaire – maximum 5 soins
Transport en ambulance terrestre	Coûts raisonnables et habituels	Coûts raisonnables et habituels	Un voyage intégral
Appareils dentaires ou orthopédiques	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 200,00 \$	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 50,00 \$	Coûts raisonnables et habituels, dans la limite de 25,00 \$
Ordonnances	Frais raisonnables et habituels patient hospitalier ; Frais raisonnables et habituels jusqu'à 100,00 \$ en ambulatoire	Frais raisonnables et habituels patient hospitalier ; Frais raisonnables et habituels jusqu'à 50,00 \$ en ambulatoire	Frais raisonnables et habituels patient hospitalier ; Frais raisonnables et habituels jusqu'à 25,00 \$ en ambulatoire
Soins dentaires	250,00 \$ par dent naturelle	150,00 \$ par dent naturelle	150,00 \$ par dent naturelle
Blessures impliquant un véhicule motorisé	Jusqu'à 2 000 \$ par blessure	Jusqu'à 1 000 \$ par blessure	Jusqu'à 500 \$ par blessure

**Ceci n'est pas un contrat mais une illustration de la couverture proposée**

# AUCUNE PRESTATION NE SERA PAYÉE POUR :

1. Les problèmes médicaux non causés par une blessure accidentelle ;
2. Soins pour une perte de mobilité due à une hernie, quelle qu'en soit la cause, à la maladie d'Osgood-Schlatter, ou à une ostéochondrite ;
3. Blessure consécutive à l'utilisation, comme conducteur ou passager, de véhicules motorisés à deux ou trois roues, de véhicules motorisés à quatre roues de loisirs ou de motoneige, ainsi qu'à la montée ou à la descente de l'un de ces engins ;
4. Nouvelle blessure ou complication sur une blessure ou problème de santé préexistant à l'accident ;
5. Blessure causée ou prolongée par la pratique ou la participation au football américain interscolaire, sauf à avoir payé une prime supplémentaire pour couvrir ces dommages spécifiques.
6. Toute dépense éligible à remboursement par le Programme d'assurance contre les accidents catastrophiques de la State High School Interscholastic Activities Association ;
7. Soins et traitements apportés par un membre de la famille ou par une personne engagée par l'école ;
8. Blessure infligée volontairement à soi-même, ou blessure causée par : actes de guerre, suicide, infraction ou tentative d'infraction à la loi, bagarres ou rixes sauf en cas de légitime défense, ou dommages résultat du fait que l'élève était en état d'ivresse ou sous l'influence de toute drogue ou narcotique, à l'exception des produits administrés par ou avec l'accord d'un médecin ;
9. Blessures pouvant être prises en charge par Worker's Compensation ou autre programme de prévoyance professionnelle ;
10. Infections bactériennes ou toute forme de maladie telle que : angine streptococcique, amygdalite, coup de chaleur, coup de soleil, gelure, évanouissement ou réaction allergique ;
11. Empoisonnement par plante toxique telle que l'herbe à puce ou sumac vénéneux, ou empoisonnement aux ptomaïnes ;
12. Dépenses résultant du traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire et des douleurs myofaciales qui y sont associées.

*Veillez détacher le formulaire et le transmettre à votre école*

Nom de l'élève \_\_\_\_\_  
 N° sécurité sociale \_\_\_\_\_  
 Âge \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_  
 Zip \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
 Nom de l'école \_\_\_\_\_

PLAN	PRIX		
Saison ordinaire	Élève	École	Total
<input type="checkbox"/> Plan Prestige	107,00 \$	107,00 \$	214,00 \$
<input type="checkbox"/> Plan Préférentiel	67,25 \$	67,25 \$	134,50 \$
<input type="checkbox"/> Plan Basique	37,25 \$	37,25 \$	74,50 \$

**Pratique au printemps\***

<input type="checkbox"/> Plan Prestige	22,00 \$	22,00 \$	44,00 \$
<input type="checkbox"/> Plan Préférentiel	12,50 \$	12,50 \$	25,00 \$
<input type="checkbox"/> Plan Basique	7,50 \$	7,50 \$	15,00 \$

Je souhaite souscrire à l'assurance décrite ci-dessus. Je joins un chèque à l'ordre de l'école pour

(cochez la couverture désirée)

**Saison ordinaire**

_____ Option prestige .....	107,00 \$
_____ Option préférentielle .....	67,25 \$
_____ Option basique .....	37,25 \$

**Pratique au printemps\***

_____ Option prestige .....	22,00 \$
_____ Option préférentielle .....	12,50 \$
_____ Option basique .....	7,50 \$

JE NE SOUHAITE PAS SOUSCRIRE À CETTE ASSURANCE car le joueur mentionné ci-dessus est déjà couvert par une assurance accident adéquate et que je dispose déjà des polices appropriées.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Parent ou Tuteur

\* À ne pas payer avant les quelques jours précédant la date de début de la pratique au printemps

## Instructions pour déclarer un sinistre :



En cas d'accident, veuillez en informer l'école immédiatement. Procurez-vous un formulaire de déclaration de sinistre auprès de votre école, joignez-y la ou les factures et envoyez le tout par courrier à l'adresse indiquée sur le formulaire de déclaration. **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT OU DE PRESTATION DOIVENT ÊTRE EFFECTUÉES DANS LES 90 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE L'ACCIDENT.**

**IMPORTANT - PROVISION EXCÉDENTAIRE.** (Applicable uniquement dans les cas où vous avez une autre assurance santé). Votre police d'assurance santé est conçue pour fournir le meilleur niveau de remboursement possible pour la prime la plus faible possible. Si votre requête se chiffre à plus de 100 \$ et que vous disposez d'une autre assurance pour les dépenses médicales, veuillez soumettre votre requête en premier lieu à votre autre compagnie d'assurance. Lorsque vous recevez leur relevé de prise en charge (Benefit Statement), veuillez nous le faire parvenir. Nous prendrons en charge la part des dépenses éligibles non couverte par votre première police d'assurance.

Lorsque l'assurance complémentaire est fournie, que l'autre plan de remboursement des frais médicaux de l'assuré est un plan HMO, PPO, ou autre arrangement similaire pour la fourniture de services et que l'assuré n'utilise pas les services du HMO, PPO ou autre arrangement similaire pour la fourniture de services ou de remboursements, alors les remboursements initialement prévus par la présente police sont réduits de 50 %. Cette limitation ne s'applique pas aux soins d'urgences, nécessaires dans les 24 heures suivant l'accident, lorsque l'accident survient en dehors de la zone géographique desservie par le HMO, PPO ou autre arrangement similaire pour la provision de services ou de remboursements.

### DÉFINITIONS

**BLESSURE** – blessure corporelle indépendante de toute autre cause et entraînant des dommages couverts par la présente police, lorsqu'elle est causée par un accident survenu alors que la présente police était en vigueur pour la personne assurée.

**ACCIDENT** – événement inattendu, soudain et à causes externes, indépendant de toute autre cause.