

2016-2017

ASSURANCE POUR ÉLÈVE CONTRE LES ACCIDENTS

**Si votre enfant se blesse, êtes-vous couvert
pour les frais médicaux liés aux accidents ?**



Proposée par :



5 Dodd Street • Marietta, Georgia 30060 • (770) 427-2461
1-800-633-2360

Garantie par :

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

CHOISISSEZ PARMIS TROIS RÉGIMES D'ASSURANCE

COUVERTURE VALABLE 24 HEURES SUR 24



motorisés (voir les exclusions).

La couverture d'assurance 24h/24 couvre les accidents survenant à l'école, pendant les week-ends ainsi que pendant les vacances d'été, y compris lors de la pratique des sports, à l'exception du football américain au niveau lycée. Elle ne couvre pas certains accidents liés aux véhicules

Coût annuel

Plan Prestige

215,00 \$

Plan Préférentiel

129,50 \$

Plan Basique

79,00 \$

COUVERTURE PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

La couverture sur temps scolaire couvre les accidents qui ont lieu à l'école, pendant la journée d'école, y compris une heure avant et après l'école, à condition que l'élève soit resté de manière continue dans les locaux de l'école et qu'il ait été en train de participer à une activité supervisée, organisée par l'école. Est également couvert le voyage entre le domicile et l'école aux fins de participer aux cours programmés normalement ou aux activités scolaires. La Couverture pendant le temps scolaire ne couvre pas les accidents survenus pendant la pratique de football américain de niveau lycée, ainsi que certains accidents liés aux véhicules motorisés (voir les exclusions).

Coût annuel

Plan Prestige

45,00 \$

Plan Préférentiel

26,00 \$

Plan Basique

14,50 \$

PÉRIODE DE COUVERTURE

La couverture des régimes "temps scolaire" et "24h/24" commence en tout cas à la date de réception de la prime, mais pas avant le début de l'année scolaire. La couverture pendant le temps scolaire prend fin à la fermeture de l'année scolaire ordinaire de neuf mois, à l'exception des cas où l'assuré participe à des activités estivales exclusivement organisées et entièrement supervisées par l'école. La couverture 24h/24 prend fin lorsque l'école ouvre à nouveau à la rentrée suivante.

PLAN ACCIDENTS DENTAIRES PLEIN TEMPS

Couvre les accidents, quels que soient l'endroit et le moment, y compris toutes les activités sportives et toutes les formes de transport. La couverture commence à la réception de la prime (mais pas avant le début de l'année scolaire) et prend fin lorsque l'école ouvre à nouveau à la rentrée suivante.

Limitations et conditions du plan dentaire

Si, dans les 60 jours suivant la date de la blessure, l'assuré est soigné par un dentiste légalement qualifié (autre qu'un membre de la famille) pour sa blessure aux dents, l'Entreprise prendra en charge LES DÉPENSES RAISONNABLES ET HABITUELLES occasionnées par les soins dentaires nécessaires engagés dans l'année qui suit la date de la blessure.

PROVISION EXCÉDENTAIRE – Si vous disposez d'une autre couverture valide pour ce type de sinistre, le paiement des frais est d'abord effectué par votre autre couverture. Les éventuelles dépenses éligibles restant à votre charge sont ensuite prises en charge par la présente police d'assurance.

EXCLUSIONS – Dommages non causés par une blessure accidentelle. Nouvelle blessure ou complications sur un dommage préexistant à l'accident. Orthodontie et dommages causés à ou perte des prothèses dentaires ou bridges.

Prime annuelle : 6,00 \$

PROVISION EXCÉDENTAIRE

IMPORTANT — (applicable uniquement si vous disposez d'une autre assurance santé) Votre régime d'assurance pour élève est conçu pour fournir une couverture maximale pour une prime minimale. 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.

PRESTATIONS MÉDICALES EN CAS D'ACCIDENT

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.

Remboursements maximums par sinistre

Comparez et faites votre choix

Plan Prestige
250 000 \$

Plan Préféréntiel
100 000 \$

Plan Basique
50 000 \$

Les remboursements sont limités aux maximums suivants :

	PRESTIGE	PRÉFÉRENTIEL	BASIQUE
Chambre et pension d'hôpital	Tarif chambre à deux lits	Tarif chambre à deux lits	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

Dédommagement mort accidentelle, mutilation et perte de la vue

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

la somme la plus importante applicable :	Décès	2 500,00 \$
(sous 180 jours à compter de la date du sinistre)	Perte des deux mains, des deux pieds ou de la vue aux deux yeux	10 000,00 \$
	Perte d'une main, d'un pied, ou de la vue d'un œil	5 000,00 \$

VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS AU VERSO.

COMMENT FAIRE BÉNÉFICIAIRE DE CETTE PROTECTION À VOTRE ENFANT

1. Cochez les cases correspondant aux plans qui répondent le mieux à vos besoins.
2. Remplissez l'enveloppe d'inscription intégralement. Un formulaire par enfant à assurer. Incluez un chèque dans l'enveloppe ou un mandat à l'ordre de T.W. Lord & Associates. Si le chèque est refusé par la banque, quelle qu'en soit la raison, l'assurance sera invalidée jusqu'à ce que le paiement complet de la prime soit reçu.
3. Renvoyez-nous l'enveloppe comme indiqué. Le talon du mandat ou le chèque encaissé vous servira de reçu et de confirmation de paiement. (Veuillez inscrire le nom de l'élève et celui de son école sur le chèque.) Gardez le reste de la brochure pour vos dossiers.

(Insérez le chèque dans la poche et pliez avant de coller)

DEMANDE D'ADHÉSION

Tarifs année scolaire - 2016 - 2017

DEMANDE D'ADHÉSION

À IMPRIMER

NOM DE L'ÉLÈVE _____	
PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____	Initiale 2 ^e prénom _____
N° SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ÉLÈVE _____	DATE DE NAISSANCE (Mois/Jour/Année) _____
CLASSE _____	TEL _____
ADRESSE DOMICILE _____	
n° et rue _____ App. _____	
VILLE _____	ST _____ ZIP _____
SYSTÈME/DISTRICT SCOLAIRE _____	
NOM DE L'ÉCOLE _____	
SIGNATURE _____	DATE _____
(Parent, gardien ou demandeur adulte)	

Tarifs année scolaire - 2016 - 2017			
Cochez votre sélection			
RÉGIMES DE COUVERTURE	OPTIONS DE PRESTATIONS		
	Plan Prestige	Plan Préférentiel	Plan Basique
Temps plein	215,00 \$ <input type="checkbox"/>	129,50 \$ <input type="checkbox"/>	79,00 \$ <input type="checkbox"/>
Temps scolaire	45,00 \$ <input type="checkbox"/>	14,50 \$ <input type="checkbox"/>	14,50 \$ <input type="checkbox"/>
Dentaire temps plein	6,00 \$ <input type="checkbox"/>	6,00 \$ <input type="checkbox"/>	6,00 \$ <input type="checkbox"/>
Paiement total À JOINDRE	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Remplissez le chèque à l'ordre de : T.W. Lord & Associates 25 Dodd Street, Marietta, Georgia 30060 (770) 427-2461			

NOTE IMPORTANTE AUX PARENTS :

Nous sommes heureux de proposer cette assurance contre les accidents des élèves grâce à votre système scolaire. Cette couverture fournit une protection excellente contre les frais médicaux survenant à la suite d'une blessure accidentelle de votre enfant.

Pour ceux qui disposent déjà d'une assurance, ce programme les aidera à payer les franchises et sommes restant à leur charge. Pour ceux qui n'ont pas d'autre assurance, cette couverture propose des prestations très utiles pour un coût raisonnable.

Veillez lire cette brochure attentivement et sélectionner la couverture qui répond le mieux à vos besoins. Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à contacter l'administrateur du plan au(x) numéro(s) ci-dessous.

Pour plus d'informations, appelez le :



25 Dodd Street

Marietta, Georgia 30060

(770) 427-2461

En dehors de la zone d'appel local
d'Atlanta

1-800-633-2360

DE _____



PLACE
STAMP
HERE

T.W. Lord & Associates
P.O. Box 1185
Marietta, GA 30061-1185

EXCLUSIONS & LIMITATIONS

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 conséquent 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 Workers' 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.

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.

COMMENT DÉCLARER UN SINISTRE

Prévenez immédiatement la direction de l'école de tout accident. Le bureau du Principal vous fournira un formulaire de déclaration de sinistre. (Pendant les vacances scolaires, veuillez contacter l'Administrateur du plan d'assurance.) Vous devez faire parvenir à l'entreprise sous 90 jours les preuves de dommages dûment remplies et factures accumulées.