

SYNTHÈSE DE LA COUVERTURE

Accidents Divers

pour couverture collective | les accidents lors d'activités | activités sportives récréatives
activités de ligues sportives | groupe de travail

SOUSCRIPTEUR DE LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE :
Conférence générale des adventistes du septième jour et ses organisations affiliées

NUMÉRO DE POLICE :
SRG 0009139774-C

PÉRIODE D'EFFET :
DU 1ER JUIN 2024 AU 1ER JUIN 2025

ADMINISTRÉE PAR :



Adventist Risk Management, Inc.

ÉMISE PAR :
National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, une compagnie AIG



TABLEAU DES PRESTATIONS ET BARÈME DES PRIMES

ADMISSIBILITÉ ET COUVERTURE :

CATÉGORIE	CLASSIFICATION DES PERSONNES ADMISSIBLES
1	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les clubs d'explorateurs .
2	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les camps de jour ou les camps de conférence .
3	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les camps de vacances ou les camps de conférence (couverture accident et maladie).
4	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les camps de vacances ou les camps de conférence (couverture accident uniquement).
5	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les écoles bibliques de vacances .
6	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les accidents lors d'activités de courte durée (telles que les excursions, pique-niques, parc de trampolines, etc.)
7	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour des activités sportives (les adultes de 18 ans et plus sont exclus quand ils participent dans les sports de contact suivants : du football, le football américain, le lacrosse, et la lutte).
7a	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels une demande a été faite, Activités sportives organisées — Adultes (18 ans et plus) : football .
8	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les clubs de natation .
9	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les crèches, les écoles maternelles, les établissements préscolaires .
10	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les activités sportives récréatives (telles que le ski de neige, le karting, la planche à roulettes, le parachute ascensionnel, les patins à roues alignées, le motocross, l'escalade et le rappel.)
11a1	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les groupes de travail de la DNA (couverture accident et maladie).
11a2	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les groupes de travail de la DNA (couverture accident et maladie).
11b1	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les groupes de travail de la DNA (couverture accident et maladie).
11b2	Tous les membres de l'organisation participante pour lesquels la demande a été présentée, pour les groupes de travail de la DNA (couverture accident et maladie).
12	Tous les membres de l'organisation participante pour laquelle la demande a été présentée, pour l'adhésion annuelle « activités » à l'échelle de la conférence (pour cette catégorie, la totalité des membres de la conférence doit participer). La souscription à cette catégorie inclut les couvertures suivantes : clubs d'explorateurs, les camps de jour ou les camps de conférence, les camps de vacances ou les camps de conférence, les écoles bibliques de vacances et les accidents lors d'activités .

ACTIVITÉS COUVERTES

Lorsque l'assuré participe, en tant que membre d'une organisation participante, à un événement planifié par celle-ci ; lorsque l'assuré se rend directement, en tant que membre d'une organisation participante, vers ou de retour d'un événement.



PRESTATIONS

DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTEL

Catégories 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7a, 8, 9, 10, 11a1, 11a2 et 12 : 20.000 USD.

Catégories 11b, 11b1 et 11b2 : 50.000 USD.

Perte de :	Pourcentage du capital assuré
• La vie	100%
• Les deux mains ou les deux pieds	100 %
• La vision des deux yeux	100 %
• Une main et un pied	100 %
• Une main et la vision d'un œil	100 %
• Un pied et la vision d'un œil	100 %
• Une main ou un pied	50 %
• La vision d'un œil	50 %

La « perte » d'une main ou d'un pied se réfère à l'amputation totale au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville. La « perte » de la vision d'un œil se réfère à la perte totale et irrémédiable de la vision de cet œil.

Si un assuré subit plus d'une perte par suite d'un même accident, un seul montant sera payé : le plus important.

TABLEAU DES ABATTEMENTS EN FONCTION DE L'ÂGE

Âge à la date de l'accident	Pourcentage du plafond de l'indemnisation d'un assuré de moins de 70 ans
• 70 à 74	65 %
• 75 à 79	45 %
• 80 à 84	30 %
• 85 et au-delà	15 %

PLAFOND GLOBAL : 250.000 USD

IS MÉDICAUX EN CAS D'ACCIDENTS

Catégories 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11a, 11a1, 11a2, 11b, 11b1, 11b2 et 12 : 50.000 USD

- Plafond global des frais médicaux en cas d'accident : 50.000 USD.
- Plafond sur les soins dentaires : 5.000 USD par accident.
- Franchise: 0 USD

Il s'agit d'une assurance complémentaire sur montants excédentaires. Toutefois, la Société paiera les premiers 500 USD de frais engagés

Catégorie 7A : 25.000 USD

- Plafond pour une séance de physiothérapie : 100 USD par visite; Nombre maximum de visites : 20
- Maximum Amount for Occupational Therapy: \$100 per Visit; Nombre maximum de visites : 20
- Plafond sur les soins dentaires : 5.000 USD par accident
- Franchise : 500 USD



La catégorie 7A est une catégorie ne remboursant que les montants excédentaires.

Remarque : Les plafonds sur les frais facturés pour les services ci-dessus sont également assujettis au plafond global des frais médicaux en cas d'accident qui est indiqué ci-dessus.

Si un assuré souffre d'une lésion devant être traitée par un médecin dans les 90 jours à partir de la date de l'accident l'ayant causé, la Société paiera les frais habituels et coutumiers engagés pour les services médicalement nécessaires reçus en raison de cette lésion, conséquence de l'accident couvert, jusqu'à concurrence du plafond par assuré pour toutes les lésions causées par ce même accident. Les prestations sont payables pour les frais engagés dans les 52 semaines suivant la date de l'accident ayant causé la lésion.

DÉFINITIONS

Centre médical ambulatoire : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une installation agréée fournissant des traitements chirurgicaux ou médicaux ambulatoires, à l'exception d'un hôpital, d'une clinique ou du cabinet d'un médecin.

Équipement médical durable : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à un équipement d'un type qui est avant tout conçu pour être utilisé par des personnes accidentées (par exemple, un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital). Il ne comprend pas les éléments couramment utilisés par les personnes non accidentées, même si ces éléments peuvent être utilisés dans le cadre du traitement de lésions, ou d'une réhabilitation ou de l'amélioration de la santé de l'accidenté (par exemple, un vélo fixe ou un spa).

Expérimentation ou recherche : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une prescription médicale, un traitement ou un appareil recommandé par un médecin, mais qui n'est pas considéré par la communauté médicale dans son ensemble comme étant sûr et efficace vis-à-vis des conditions dans lesquelles le traitement, l'appareil ou la prescription médicale est utilisé. Ceci inclut tout traitement, procédure, installation, équipement, médicaments, utilisation de médicaments, appareils ou fournitures non reconnus en tant que pratique médicale acceptée, et tout élément nécessitant une approbation de la part d'un organisme fédéral ou d'autres organismes gouvernementaux, laquelle n'aura pas été reçue au moment où les services sont rendus.

Hôpital : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une installation qui :

1. est exploitée conformément aux lois concernant les soins et traitements aux personnes accidentées et malades ;
2. dispose d'installations de diagnostic et de chirurgie dans ses locaux ou dans des installations qu'elle peut utiliser selon une procédure préétablie ;
3. dispose d'un service de soins infirmiers 24 heures sur 24 administrés par des infirmiers diplômés ;
4. est encadrée par un ou plusieurs médecins.

Hôpital ne se réfère pas à :

1. une unité d'infirmerie, de convalescence ou de gériatrie d'un hôpital lorsqu'un patient y est affecté pour y recevoir principalement des soins infirmiers ;
2. des installations qui, autrement qu'accessoirement, fonctionnent comme maison de repos, maison de retraite, foyer de convalescence ou maison pour personnes âgées ; il ne se réfère pas non plus à une salle, une chambre, une aile ou une autre section d'un hôpital qui serait utilisée à ces fins ;
3. un hôpital militaire ou un hôpital pour anciens combattants ou une maison de repos pour les soldats ou tout hôpital sous contrat avec, ou géré par, un gouvernement national ou une agence gouvernementale pour le traitement de membres ou d'ex-membres des forces armées, sauf s'il existe une obligation légale de payer.



Médicalement nécessaire : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à un service médical concernant un accident couvert qui :

1. est essentiel pour le diagnostic, le traitement ou le soin de la lésion pour laquelle il est prescrit ou exécuté;
2. répond aux normes généralement reconnues de la pratique médicale;
3. est ordonné par un médecin et exécuté sous ses soins, sa supervision ou son ordonnance.

Maladie mentale : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à toute perturbation de l'équilibre émotionnel, qui se manifeste par un comportement inadapté et défaillant, et qui est causée par des facteurs génétiques, physiques, chimiques, biologiques, psychologiques ou sociaux et culturels. Également appelé maladie affective, troubles mentaux ou nerveux et troubles psychiatriques.

Condition préexistante : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une condition pour laquelle un assuré a reçu un diagnostic, un avis médical ou un traitement ou a pris des médicaments sous ordonnance au cours des 12 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la couverture de l'assuré fournie par la présente police, à moins que la condition pour laquelle est pris le médicament prescrit reste contrôlée sans besoin de modifier la prescription requise.

Frais habituels et coutumiers : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à des frais qui :

1. découlent d'un service médical concernant un accident couvert;
2. ne dépassent pas le niveau habituel des frais pour un traitement, des services ou des fournitures similaires dans la localité où la dépense est engagée, et ne comprennent pas les frais qui n'auraient pas été engagés si aucune assurance ne couvrait la personne.

EXCLUSIONS

En plus de la section « Exclusions » de la police et de toute modification apportée à celle-ci, les prestations concernant les frais médicaux en cas d'accident ne seront pas redevables, ni les frais habituels et coutumiers découlant des services médicaux concernant un accident couvert ne comprendront aucune dépense liée ou résultant de l'une des conditions suivantes :

1. la réparation ou le remplacement de membres artificiels, prothèses oculaires ou autres prothèses existantes ou la location d'équipements médicaux durables existants, sauf dans le but de modifier l'objet du fait que la lésion a provoqué une altération supplémentaire de l'état corporel antérieur de la personne;
2. les prothèses dentaires, les bridges, les implants dentaires, les bagues dentaires ou appareils dentaires, les couronnes, qu'ils soient nouveaux, ou requièrent une réparation ou un remplacement, les capuchons, incrustations ou onlays, les plombages ou tout autre traitement des dents ou des gencives, à l'exception de la réparation ou du remplacement de dents naturelles saines ébréchées ou perdues à la suite d'une lésion, jusqu'à hauteur du plafond dentaire figurant dans le tableau des prestations;
3. de nouvelles lunettes ou lentilles de contact ou des examens de la vue relatifs à une correction de la vision ou liés à l'adaptation de lunettes ou de lentilles de contact, à moins qu'une lésion n'ait causé une altération de la vue; ou la réparation ou le remplacement de lunettes ou de lentilles de contact existantes, sauf dans le but de modifier l'objet du fait qu'une lésion aura causé une altération supplémentaire de la vue;
4. de nouvelles prothèses auditives ou des examens auditifs, sauf si une lésion a causé une altération de l'ouïe; ou la réparation ou le remplacement des prothèses auditives existantes, sauf dans le but de modifier l'objet du fait qu'une lésion aura causé une altération supplémentaire de l'ouïe;
5. la location d'équipements médicaux durables lorsque la dépense de location totale excède les frais d'achat habituels pour un équipement similaire dans la localité où la dépense a été engagée (mais si les prestations concernant les frais médicaux accidents pour la location de matériel médical durable devaient dépasser les frais d'achat habituels



pour un équipement similaire dans la localité où la dépense doit être engagée, la Société pourra à sa seule discrétion, mais sans y être tenue, choisir de considérer ces frais d'achat comme une dépense médicale habituelle et coutumière pour un accident couvert, en lieu et place de ces frais de location);

6. tous frais de soins médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas légalement tenu de payer;
7. les soins, traitements ou services fournis par un assuré ou par un parent proche;
8. tout examen médical de routine et tous services médicaux associés;
9. les éléments de confort personnel ou de commodité, tels que, mais sans s'y limiter, les frais de téléphone de l'hôpital, la location de télévision ou les repas d'invités d'un assuré hospitalisé ou pour des éléments emmenés de l'Hôpital ou ramenés chez soi, y compris, mais sans s'y limiter, les béquilles, les fauteuils roulants et les marcheurs, sauf les équipements médicaux durables;
10. les conditions préexistantes;
11. une évacuation d'urgence pour laquelle des prestations sont payables en vertu des prestations d'évacuation d'urgence de la police;
12. les traitements ou chirurgies non obligatoires;
13. les traitements ou procédures expérimentaux ou de recherche;
14. le traitement d'un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
15. les soins, les traitements ou services fournis par des personnes engagées ou employées par le titulaire de la police; ou les fournitures, les prescriptions ou médicaments pris en charge ou remboursables par le titulaire de la police, ou pour lesquels les frais ne sont pas perçus;
16. les maladies mentales, les consultations psychologiques ou psychiatriques de toute nature, les affections ou troubles mentaux et nerveux et les cures de repos;
17. les examens ou formations scolaires ou professionnels;
18. le traitement de la maladie d'Osgood-Schlatter;
19. les décollements de rétine, sauf par suite d'une lésion;
20. les chirurgies plastiques ou esthétiques;
21. les frais qui sont payables au titre des prestations médicales d'une assurance véhicules à moteur;
22. les hernies;
23. toute condition pour laquelle l'assuré a droit à des prestations en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou d'une loi similaire.

AIS MÉDICAUX EN CAS DE MALADIE

Catégorie 3 : 1.000 USD

Catégorie 11a1 et 11b1 : 10.000 USD

Catégorie 11a2 et 11b2 : 25.000 USD

Si un assuré souffre d'une maladie et requiert un traitement ordonné par un médecin dans les 30 jours suivant le début de celle-ci, la société paiera les frais habituels et coutumiers engagés pour les services médicalement nécessaires reçus en raison de cette maladie couverte, jusqu'à concurrence du plafond par assuré. Cette prestation n'est redevable que pour les frais engagés dans les 52 semaines suivant la date de début de la maladie.



DÉFINITIONS

Abus d'alcool et de substances : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à l'abus ou la dépendance à l'égard d'un stimulant, d'un sédatif ou d'une autre substance chimique, entraînant des effets néfastes pour la santé physique ou mentale de l'individu ou pour le bien-être des autres.

Centre médical ambulatoire : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une installation agréée fournissant des traitements chirurgicaux ou médicaux ambulatoires, à l'exception d'un hôpital, d'une clinique ou du cabinet d'un médecin.

Équipement médical durable : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à un équipement d'un type qui est avant tout conçu pour être utilisé par des personnes malades (par exemple, un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital). Il ne comprend pas les éléments couramment utilisés par les personnes non malades, même si ces éléments peuvent être utilisés dans le cadre du traitement de maladies, ou d'une réhabilitation ou de l'amélioration de la santé du malade (par exemple, un vélo fixe ou un spa).

Expérimentation ou recherche : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une prescription médicale, un traitement ou un appareil recommandé par un médecin, mais qui n'est pas considéré par la communauté médicale dans son ensemble comme étant sûr et efficace vis-à-vis des conditions dans lesquelles le traitement, l'appareil ou la prescription médicale est utilisé. Ceci inclut tout traitement, procédure, installation, équipement, médicaments, utilisation de médicaments, appareils ou fournitures non reconnus en tant que pratique médicale acceptée, et tout élément nécessitant une approbation de la part d'un organisme fédéral ou d'autres organismes gouvernementaux, laquelle n'aura pas été reçue au moment où les services sont rendus.

Hôpital : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une installation qui :

1. est exploitée conformément aux lois concernant les soins et traitements aux personnes accidentées et malades ;
2. dispose d'installations de diagnostic et de chirurgie dans ses locaux ou dans des installations qu'elle peut utiliser selon une procédure préétablie ;
3. dispose d'un service de soins infirmiers 24 heures sur 24 administrés par des infirmiers diplômés ;
4. est encadrée par un ou plusieurs médecins.

Hôpital ne se réfère pas à :

1. une unité d'infirmerie, de convalescence ou de gériatrie d'un hôpital lorsqu'un patient y est affecté pour y recevoir principalement des soins infirmiers ;
2. des installations qui, autrement qu'accessoirement, fonctionnent comme maison de repos, maison de retraite, foyer de convalescence ou maison pour personnes âgées ; il ne se réfère pas non plus à une salle, une chambre, une aile ou une autre section d'un hôpital qui serait utilisée à ces fins ;
3. un hôpital militaire ou un hôpital pour anciens combattants ou une maison de repos pour les soldats ou tout hôpital sous contrat avec, ou géré par, un gouvernement national ou une agence gouvernementale pour le traitement de membres ou d'ex-membres des forces armées, sauf s'il existe une obligation légale de payer.

Médicalement nécessaire : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à un service médical concernant une maladie couverte qui :

1. est essentiel pour le diagnostic, le traitement ou le soin de la maladie pour laquelle il est prescrit ou exécuté ;
2. répond aux normes généralement reconnues de la pratique médicale ;
3. est ordonné par un médecin et exécuté sous ses soins, sa supervision ou son ordonnance.



Maladie mentale : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à toute perturbation de l'équilibre émotionnel, qui se manifeste par un comportement inadapté et défaillant, et qui est causée par des facteurs génétiques, physiques, chimiques, biologiques, psychologiques ou sociaux et culturels. Également appelé maladie affective, troubles mentaux ou nerveux et troubles psychiatriques.

Condition préexistante : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une condition pour laquelle un assuré a reçu un diagnostic, un avis médical ou un traitement ou a pris des médicaments sous ordonnance au cours des 12 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la couverture de l'assuré fournie par la présente police, à moins que la condition pour laquelle est pris le médicament prescrit reste contrôlée sans besoin de modifier la prescription requise.

Maladie : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une maladie ou une affection qui est diagnostiquée ou traitée par un médecin après la date d'entrée en vigueur pour l'assuré de cette police d'assurance.

Frais habituels et coutumiers : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à des frais qui :

1. découlent d'un service médical concernant une maladie couverte ;
2. ne dépassent pas le niveau habituel des frais pour un traitement, des services ou des fournitures similaires dans la localité où la dépense est engagée ;
3. ne comprennent pas les frais qui n'auraient pas été engagés si aucune assurance ne couvrait la personne.

EXCLUSIONS

En plus de la section « Exclusions » de la police et de toute modification apportée à celle-ci, les prestations concernant les frais médicaux en cas de maladie ne seront pas redevables, ni les frais habituels et coutumiers découlant d'un traitement ou d'une maladie ne comprendront aucune dépense résultant de l'une des conditions suivantes :

1. la réparation ou le remplacement de membres artificiels, de prothèses oculaires ou autres prothèses existantes ou la location d'équipements médicaux durables existants, sauf dans le but de modifier l'objet du fait que la maladie a provoqué une altération supplémentaire de l'état corporel antérieur de la personne ;
2. les prothèses dentaires, les bridges, les implants dentaires, les bagues dentaires ou les appareils dentaires, les couronnes, qu'ils soient nouveaux, ou requièrent une réparation ou un remplacement, les capuchons, incrustations ou onlays, les plombages ou tout autre traitement des dents ou des gencives, à l'exception de la réparation ou du remplacement de dents naturelles saines ébréchées ou perdues à la suite d'une maladie, jusqu'à hauteur du plafond dentaire figurant dans le tableau des prestations ;
3. de nouvelles lunettes ou lentilles de contact ou des examens de la vue relatifs à une correction de la vision ou liés à l'adaptation de lunettes ou de lentilles de contact, à moins qu'une maladie n'ait causé une altération de la vue ; ou la réparation ou le remplacement de lunettes ou de lentilles de contact existantes, sauf dans le but de modifier l'objet du fait qu'une maladie aura causé une altération supplémentaire de la vue ;
4. de nouvelles prothèses auditives ou des examens auditifs, sauf si une maladie a causé une altération de l'ouïe ; ou la réparation ou le remplacement des prothèses auditives existantes, sauf dans le but de modifier l'objet du fait qu'une maladie aura causé une altération supplémentaire de l'ouïe ;
5. la location d'équipements médicaux durables lorsque la dépense de location totale excède les frais d'achat habituels pour un équipement similaire dans la localité où la dépense a été engagée (mais si les prestations concernant les frais médicaux accidents pour la location de matériel médical durable devaient dépasser les frais d'achat habituels pour un équipement similaire dans la localité où la dépense doit être engagée, la Société pourra à sa seule discrétion, mais sans y être tenue, choisir de considérer ces frais d'achat comme une dépense médicale habituelle et coutumière d'une maladie couverte, en lieu et place de ces frais de location ;
6. les blessures de quelque nature que ce soit ;



7. tous frais de soins médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas légalement tenu de payer;
8. les soins, traitements ou services fournis par un assuré ou par un parent proche;
9. tout examen médical de routine et tous services médicaux associés;
10. les éléments de confort personnel ou de commodité, tels que, mais sans s'y limiter, les frais de téléphone de l'hôpital, la location de télévision ou les repas d'invités d'un assuré hospitalisé;
11. les conditions préexistantes;
12. une évacuation d'urgence pour laquelle des prestations sont payables en vertu des prestations d'évacuation d'urgence de la police;
13. les traitements ou chirurgies non obligatoires;
14. les traitements ou procédures expérimentaux ou de recherche;
15. le traitement d'un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
16. les soins, les traitements ou services fournis par des personnes engagées ou employées par le titulaire de la police; ou les fournitures, les prescriptions ou médicaments pris en charge ou remboursables par le titulaire de la police, ou pour lesquels les frais ne sont pas perçus;
17. les maladies mentales, les consultations psychologiques ou psychiatriques de toute nature, les affections ou troubles mentaux et nerveux et les cures de repos;
18. les examens ou formations scolaires ou professionnels;
19. le traitement de la maladie d'Osgood-Schlatter;
20. les décollements de rétine;
21. les chirurgies plastiques ou esthétiques;
22. l'abus d'alcool et de substances;
23. la grossesse normale, l'accouchement;
24. maladie vénérienne ou syphilis;
25. les hernies;
26. toute condition pour laquelle l'assuré a droit à des prestations en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou d'une loi similaire.

ÉVACUATION D'UR : 500.000 USD

Sous réserve des limitations énoncées dans le présent document, la Société paiera les frais raisonnablement engagés pour l'évacuation d'urgence couverte si l'assuré souffre d'une lésion ou d'une maladie qui justifie son évacuation d'urgence, alors qu'il ou elle se trouve au-delà d'un rayon de 100 milles (161 km) du lieu actuel de sa résidence principale. Ceci dans la mesure où les frais ne dépassent pas le plafond par assuré de l'ensemble des évacuations d'urgence de tous les blessés d'un même accident ou de tous les malades nécessitant une urgence pour une même cause ou des causes associées.

Le médecin qui ordonne l'évacuation d'urgence doit certifier que la gravité de la lésion ou de la maladie de l'assuré justifie une telle évacuation. Toutes les dispositions concernant l'évacuation médicale d'urgence seront prises selon l'itinéraire et les moyens de transport les plus directs et les plus économiques possibles.

Pour que toute couverture d'évacuation d'urgence soit redevable, la société d'assistance devra pouvoir prendre toutes les dispositions nécessaires et autoriser toutes les dépenses à l'avance. La Société se réservera le droit de déterminer les



prestations payables, incluant des abattements, dans le cas où il ne serait pas raisonnablement possible de contacter la société d'assistance à l'avance.

DÉFINITIONS

Frais d'évacuation d'urgence couverts : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une dépense qui :

1. est facturée pour un service d'évacuation d'urgence médicalement nécessaire ;
2. ne dépasse pas le niveau habituel des frais de transport, traitements, services ou fournitures similaires dans la localité où la dépense est engagée ;
3. ne comprend pas les frais qui n'auraient pas été engagés si aucune assurance ne couvrait la personne.

Évacuation d'urgence : comme utilisé dans cette annexe, comprend, si cela est justifié par la gravité de la lésion ou de la maladie requérant une urgence, subie par l'assuré :

1. le transport immédiat de l'assuré du lieu où il se trouve blessé ou souffrant d'une maladie requérant une urgence vers l'hôpital le plus proche ou une autre structure médicale, dans lequel ou laquelle un traitement médical approprié peut lui être appliqué ;
2. le transport de l'assuré vers le lieu actuel de sa résidence principale pour qu'il puisse obtenir un traitement médical ultérieur dans un hôpital ou une autre structure médicale, ou pour qu'il se rétablisse de sa blessure ou de sa maladie requérant une urgence et pour être traité dans un hôpital local ou une autre structure médicale proche ;
3. ou les deux cas [1] et [2] ci-dessus.
4. Une évacuation d'urgence comprend également un traitement médical, des services médicaux et des fournitures médicalement nécessaires reçus pendant ce transport.

Maladie requérant une urgence : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une maladie ou une affection diagnostiquée par un médecin, qui répond à l'ensemble des critères suivants :

1. il existe un symptôme grave ou aigu qui nécessite des soins immédiats alors que l'incapacité d'obtenir de tels soins pourrait entraîner une grave détérioration de l'état de santé de l'assuré ou mettre sa vie en danger ;
2. le symptôme grave ou aigu se produit de façon soudaine et inattendue ;
3. le symptôme grave ou aigu se produit alors que la police est toujours en vigueur lorsque l'assuré montre ce symptôme alors qu'il est en train de participer à une activité couverte.

Service d'évacuation d'urgence médicalement nécessaire : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à tout transport, traitement médical, service médical ou fourniture médicale qui :

1. représente une partie essentielle d'une évacuation d'urgence en raison de la lésion ou de la maladie requérant une urgence pour laquelle elle est prescrite ou exécutée ;
2. répond aux normes généralement reconnues de pratique médicale ;
3. est ordonné par un médecin et exécuté sous ses soins, sa supervision ou son ordonnance, ou est requis par la réglementation usuelle en matière de moyen de transport devant évacuer l'assuré.

Transport : comme utilisé dans cette annexe, se réfère au fait de déplacer l'assuré lors d'une évacuation d'urgence par un moyen de transport terrestre, maritime ou fluvial, ou aérien. Les transports incluent, sans s'y limiter, les ambulances aériennes et terrestres et les véhicules automobiles privés.

RAPATRIEMENT DE LA DÉPOUI : 500.000 USD

Si un assuré perd la vie en raison d'une lésion ou d'une maladie requérant une urgence au-delà d'un rayon de 100 milles (161 km) de son lieu actuel de résidence principale, la Société paiera, sous réserve des limitations énoncées aux présentes,



les frais couverts, raisonnablement engagés pour retourner sa dépouille dans son lieu actuel de résidence principale, sans toutefois dépasser le coût plafond par assuré.

Les dépenses couvertes comprennent, sans s'y limiter :

- 1) les frais d'embaumement ou de crémation ;
- 2) l'urne ou le cercueil qui sera le plus économique et adapté pour le transport de la dépouille ;
- 3) les frais de transport de la dépouille par les moyens de transport et l'itinéraire les plus directs et les plus économiques possibles.

Pour que cette garantie soit redevable, la société d'assistance devra prendre toutes les dispositions nécessaires et autoriser toutes les dépenses à l'avance. La Société se réserve le droit de déterminer les prestations payables, avec d'éventuels abattements, dans le cas où il ne serait pas raisonnablement possible de contacter la société d'assistance à l'avance.

DEFINITIONS

Maladie requérant une urgence : comme utilisé dans cette annexe, se réfère à une maladie ou une affection diagnostiquée par un médecin, qui répond à l'ensemble des critères suivants :

1. il existe un symptôme grave ou aigu qui nécessite des soins immédiats alors que l'incapacité d'obtenir de tels soins pourrait entraîner une grave détérioration de l'état de santé de l'assuré ou mettre sa vie en danger ;
2. le symptôme grave ou aigu se produit de façon soudaine et inattendue ;
3. le symptôme grave ou aigu se produit alors que la police est toujours en vigueur lorsque l'assuré montre ce symptôme alors qu'il est en train de participer à une activité couverte.

SERVICES D'ASSISTANCE

Pour les orientations médicales, évacuations, rapatriements, sécurité et autres services, veuillez contacter **AIG Travel Guard** au :

- **En PCV (hors des États-Unis)** : +1-715-295-1194. Téléphone : 1-877-281-2344.
- **Courriel** : assistance@aig.com.
- **Numéro d'enregistrement** : SRG 0009139774-C.
- **Identifiez-vous** comme étant un membre de la Conférence Générale de l'Église adventiste du septième jour

OTHER BENEFITS

- **Couverture coma** | Plafond : 20.000 USD
- **Couverture voyage membre de la famille** | Plafond : 10.000 USD
- **Couverture victime d'agression (montant en USD)** | Plafond : 10.000 USD
- **Couverture casque** | Plafond : 10.000 USD
- **Couverture frais de modification du domicile et de véhicule** | Plafond : 50.000 USD
- **Couverture paralysie** | Plafond : 20.000 USD
- **Couverture réadaptation** | Plafond : 50.000 USD
- **Couverture brûlures graves (pourcentage)** | Plafond : 50.000 USD