

Prestations d'assurance pour les participants du 24^e Jamboree mondial**Prestations d'assurance fournies par les Boy Scouts of America**

Vous êtes une personne assurée et admissible à la protection en vertu du régime, si vous faites partie de la catégorie admissible définie ci-dessous. Pour que les prestations soient payables, la police doit être en vigueur, la prime requise doit être payée et vous devez exercer l'une des activités couvertes décrites ci-dessous. Si vous n'êtes pas en service actif à la date à laquelle votre assurance serait autrement en vigueur, elle entrera en vigueur à la date à laquelle vous retournerez en service actif.

Description de la classe :

Classe 1 : Tous les jeunes inscrits, les adultes et le personnel bénévole qui résident aux États-Unis et participent au 24^e Jamboree scout mondial.

Classe 2 : Tous les jeunes inscrits, les adultes et le personnel bénévole qui ne résident pas aux États-Unis et qui assistent au 24^e Jamboree scout mondial.

Classe 3 : Tous les Invités* quotidiens qui résident aux États-Unis et dans les locaux du 24^e Jamboree scout mondial. *Invité désigne toute personne invitée et autorisée à participer à une activité couverte qui est sous le contrôle du titulaire de la police.

Classe 4 : Tous les Invités* quotidiens qui ne résident pas aux États-Unis et qui se trouvent dans les locaux du 24^e Jamboree scout mondial. *Invité désigne toute personne invitée et autorisée à participer à une activité couverte qui est sous le contrôle du titulaire de la police.

Période de couverture : Vous serez assuré à la date d'entrée en vigueur de la police ou à la date à laquelle vous devenez admissible, selon la dernière éventualité. Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes : 1) la police prend fin ; 2) vous n'êtes plus admissible ; ou 3) la période prend fin pour laquelle la prime requise est payée.

ACTIVITÉS COUVERTES

Classes 1 et 2 : Activités parrainées - L'accident couvert doit avoir lieu : 1) dans les locaux de la Réserve du Summit Bechtel (y compris le Ruby Welcome Center) pendant les heures normales d'ouverture ; ou 2) dans les locaux de la Réserve du Summit Bechtel (y compris le Ruby Welcome Center) pendant les autres périodes, si vous assistez ou participez à une activité couverte.

Classes 3 et 4 : Activités commanditées - L'accident couvert doit avoir lieu : 1) dans les locaux de The Summit Bechtel Reserve pendant les heures normales d'ouverture ; ou 2) dans les locaux de The Summit Bechtel Reserve pendant les autres périodes, si vous participez à une activité couverte.

DESCRIPTION DES AVANTAGES

(Prestations applicables à toutes les catégories)

Prestations en cas de décès ou de mutilation par accident - Si votre blessure entraîne, dans les **365 jours** suivant la date d'un accident couvert, l'une ou l'autre des pertes indiquées ci-dessous, nous verserons le montant de la prestation indiqué ci-dessous pour cette perte. Votre capital assuré est de **10 000 \$**. Si plusieurs sinistres surviennent, un seul montant de garantie, le plus élevé, sera versé pour toutes les pertes attribuables au même accident couvert.

Tableau des pertes couvertes

<u>Perte couverte</u>	<u>Montant des prestations</u>
Tétraplégie.....	200 % du capital assuré
Deux membres ou plus.....	200 % du capital assuré
Perte de vie.....	100 % du capital assuré
Insuffisance cardiaque.....	100 % du capital assuré
Perte de la parole et perte de l'ouïe.....	100 % du capital assuré
Hémiplégie.....	100 % du capital assuré
Paraplégie.....	100 % du capital assuré
Un membre.....	50 % du capital assuré
Perte de la parole ou perte de l'ouïe.....	50 % du capital assuré
Pouce et index de la même main.....	25 % du capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	25 % du capital assuré

"Insuffisance cardiaque " signifie la mort parce que le cœur cesse de battre en raison de l'incapacité du cœur à maintenir une circulation sanguine adéquate provoquée par la participation à une activité couverte.

Par "tétraplégie", on entend la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

"Hémiplégie" signifie une paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps. "Paraplégie" signifie une paralysie totale des deux membres inférieurs ou des deux membres supérieurs. "Paralysie" signifie la perte totale de l'usage. Un médecin doit déterminer que la perte d'usage est complète et irréversible au moment de la présentation de la demande.

(P.2)

"Membre" signifie perte de la main ou du pied, ou perte de la vue. "Perte de la main ou du pied " signifie une séparation complète par ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville. "Perte de la vue " désigne la perte totale et permanente de la vue d'un œil. "Perte de la parole " signifie la perte totale et permanente d'une communication audible qui est irrécupérable par des moyens naturels, chirurgicaux ou artificiels. "Perte de l'ouïe" signifie une perte totale et permanente de l'ouïe dans les deux oreilles qui est irrécupérable et ne peut être

corrigée par aucun moyen. "Perte du pouce et de l'index d'une même main" signifie une séparation complète par ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes de la même main (les articulations entre les doigts et la main). "Indemnité" signifie la séparation complète et le démembrement de la partie du corps.

Indemnité d'ambulance - Nous verserons jusqu'à 6 000 \$ si vous avez besoin de services ambulanciers en raison d'une blessure résultant directement et indépendamment de toute autre cause d'un accident couvert. Les services d'ambulance doivent être fournis pour le transport du lieu de l'accident couvert à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de fournir les soins appropriés, ou pour le transport à un hôpital dans les 48 heures suivant l'accident couvert.

Soins dentaires - Nous paierons jusqu'à 5 000 \$ pour la réparation, le traitement et/ou le remplacement de dents naturelles saines. Pour les assurés des classes 1 et 3 seulement : Si, dans les 52 semaines suivant la date de l'accident, le dentiste traitant de l'assuré certifie que le traitement dentaire et/ou le remplacement doit être reporté au-delà de cette période de 52 semaines, nous paierons le coût estimé de ce traitement ; cependant, les indemnités ne dépasseront pas un total de 5 000 \$.

Indemnité de deuil et de consultation en cas de traumatisme - Nous paierons des séances de consultation à 100 \$ par séance pour un maximum de cinq séances, jusqu'à concurrence de 500 \$, sous réserve des conditions suivantes, lorsque vous ou un membre de votre famille immédiate et/ou un autre assuré admissible participant à l'activité couverte avez besoin de conseils en cas de décès et de traumatisme parce que vous avez subi une perte couverte qui découle directement et indépendamment des autres causes d'un accident couvert. Ces conseils doivent répondre à toutes les conditions suivantes : 1) les frais de consultation en cas de deuil et de traumatologie couverts doivent être engagés dans l'année suivant la date de l'accident couvert ayant causé le sinistre couvert ; 2) les frais sont facturés pour une séance de consultation en cas de deuil ou de trauma pour vous et/ou un ou plusieurs membres de votre famille immédiate et/ou autres assurés admissibles participant à l'activité couverte ; 3) le counseling est fourni sous la supervision ou sur ordonnance du médecin et 4) des frais auraient été engagés si aucune assurance n'existait.

"Membre de la famille immédiate " désigne une personne qui vous est apparentée de l'une ou l'autre des façons suivantes : conjoint, beau-frère, belle-sœur, beau-fils, gendre, belle-fille, belle-mère, beau-père, parent (y compris beau-parent), frère ou sœur (y compris demi-frère ou demi-sœur) ou enfant (y compris enfant légalement adopté ou beau-fils ou belle-fille), petits-enfants et grands-parents.

Les prestations de deuil et de counseling en cas de traumatisme couvertes ne comprennent pas les dépenses pour lesquelles vous avez droit à des prestations en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable.

Garantie de gestion de crise - Nous paierons des séances de counseling à 100 \$ par séance jusqu'à concurrence de cinq séances, si vous subissez une perte couverte à la suite d'une agression criminelle ou de l'utilisation d'une arme à feu ou d'un couteau par une autre personne pour commettre un acte de violence si l'accident survient pendant une activité couverte. "Agression criminelle " désigne un acte de violence physique contre une personne couverte par la police par une personne autre qu'un membre de la famille immédiate.

Prestation pour syndrome de stress post-traumatique - Nous paierons des séances de counseling à 100 \$ par séance pour un maximum de cinq séances, si vous souffrez du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) résultant directement et indépendamment de toutes autres causes d'un accident couvert. "Trouble de stress post-traumatique " (SSPT) désigne une réaction retardée ou prolongée à un événement ou à une situation stressante de nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique, qui est susceptible de causer une détresse généralisée chez quiconque. Votre SSPT doit être diagnostiqué par un fournisseur de soins de santé autorisé (autre qu'un membre de votre famille immédiate ou de votre ménage) agissant dans le cadre de son permis et vous prodiguant des soins ou des traitements appropriés aux conditions et à la région.

Indemnité pour frais de transport aller-retour - Nous paierons jusqu'à 1 500 \$ pour les frais de transport engagés si, à la suite d'un accident couvert, votre médecin vous oblige à rentrer chez vous après une activité couverte. Cette garantie comprend le coût d'une personne pour vous accompagner pendant le voyage. Si vous êtes décédé, nous paierons les frais engagés pour qu'un membre de votre famille immédiate accompagne votre corps. Nous verserons cette garantie en plus de toute autre garantie indiquée dans la police. Les prestations ne seront pas payables à moins que nous n'autorisons par écrit ou par un moyen électronique ou téléphonique autorisé toutes les dépenses, à l'avance.

Indemnité déterminée pour blessures - Nous paierons jusqu'à 35 000 \$ pour les frais couverts engagés pour le traitement : a) perte de la vue des deux yeux ; b) mutilation d'un membre ; c) paralysie ; d) coma irréversible ; e) perte totale de la parole ; ou f) perte auditive des deux oreilles. L'indemnité pour frais d'accident déterminés est assujettie à la franchise, au taux de coassurance, à la période d'indemnisation, à la période d'indemnisation et au montant maximal de l'indemnité, le cas échéant, indiqués dans le tableau des indemnités. La " mutilation d'un membre " s'entend de l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe. "Indemnité" signifie la séparation complète et le démembrement de la partie du corps. Par "paralysie", on entend la perte totale de l'usage : a) des membres supérieurs et inférieurs ; des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps ; d'un membre inférieur ou d'un membre supérieur ; des deux membres inférieurs ou des deux membres supérieurs. "Coma irréversible" signifie : a) un état d'inconscience dans lequel il y a arrêt de l'activité du système nerveux central tel que démontré par un électroencéphalogramme (selon les critères établis par l'American Electroencephalography Society), et b) un diagnostic de mort cérébrale par le médecin traitant.

Traduit avec www.DeepL.com/Translator

(P.3)

Indemnités pour frais médicaux en cas d'accident

(applicable seulement aux assurés des catégories 1, 3 et 4)

Étendue de la couverture des indemnités pour frais médicaux en cas d'accident :

- Catégories 1 et 3 : Prestations excédentaires intégrales
- Classe 4 : Principaux avantages

Nous paierons les frais couverts qui résultent directement, et sans autre cause, d'un accident couvert. Ces indemnités doivent être versées dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert et sont assujetties à une franchise de 0 \$. La prestation maximale pour toutes les indemnités pour frais médicaux en cas d'accident pour vous est de 25 000 \$. Ces prestations sont uniquement payables : 1) pour les frais habituels et habituels engagés après que la franchise (le cas échéant) a été acquittée ; 2) pour les frais médicalement nécessaires couverts que vous recevez ; et 3) si les premiers frais engagés sont dans les 60 jours suivants la date de l'accident couvert. Aucune prestation ne sera versée pour les frais engagés qui excèdent les frais habituels et habituels.

En plus des exclusions générales, nous ne verserons pas d'indemnités pour frais médicaux en cas d'accident pour toute perte, tout traitement ou tout service résultant de ce qui suit ou auquel nous avons contribué :

- traitement par des personnes employées ou retenues par le titulaire de la police, ou par un membre de votre famille immédiate ou de votre ménage.
- le traitement des maladies ou infections, à l'exception des infections pyogéniques ou des infections bactériennes qui résultent de l'ingestion accidentelle de substances contaminées.
- le traitement d'une hernie, d'une maladie d'Osgood-Schlatter, d'une ostéochondrite, d'une appendicite, d'une ostéomyélite, d'une cardiopathie, de fractures pathologiques, d'une faiblesse congénitale, d'une rétine détachée sauf en cas de blessure, de trouble mental ou de traitement psychologique ou psychiatrique (sauf dans les cas prévus au contrat), que l'accident couvert en cause ou non
- grossesse, accouchement, fausse couche, avortement ou toute complication de l'une de ces conditions.
- les troubles mentaux et nerveux (sauf dans les cas prévus par la politique).
- les dommages ou la perte de prothèses dentaires ou de ponts, ou les dommages à l'équipement orthodontique existant (sauf dans les cas expressément couverts par la police).
- les frais engagés pour le traitement du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou cranio-mandibulaire et des douleurs myofaciales associées (sauf dans les cas prévus par la police).
- Blessure couverte par les lois sur les accidents du travail, la responsabilité de l'employeur ou d'autres prestations professionnelles similaires ou dans le cadre d'une activité lucrative exercée par d'autres sources que le titulaire de la police.
- Blessure ou perte attribuable à l'usage de drogues, à moins qu'elles ne soient administrées par un médecin.
- la chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie reconstructive nécessaire à la suite d'une blessure.
- tout traitement électif, chirurgie, traitement médical ou examen, y compris tout service, traitement ou fourniture qui en fait partie : (a) sont considérées par nous comme expérimentales ; et (b) ne sont pas reconnues et généralement acceptées par les pratiques médicales aux États-Unis.

- les lunettes, les lentilles cornéennes, les prothèses auditives, les fauteuils roulants, les appareils orthopédiques, les appareils orthopédiques, les appareils orthopédiques, les appareils, les examens ou les ordonnances qui leur sont destinés, ou la réparation ou le remplacement de membres artificiels, d'appareils orthopédiques ou d'appareils orthétiques existants.

- les frais payables par toute police d'assurance automobile sans égard à la faute. (Cette exclusion ne s'applique dans aucun État où elle est interdite).

- les conditions qui ne sont pas causées par un accident couvert.

- la participation à une activité ou à un danger qui n'est pas expressément visé par la Politique.

- tout traitement, service ou fourniture qui n'est pas expressément couvert par la police.

Prolongation de l'indemnité pour frais médicaux en cas d'accident (applicable seulement aux assurés de la catégorie 4) - Nous paierons les indemnités pour frais médicaux couverts si vous continuez le traitement dans votre pays d'origine d'une blessure couverte qui a été traitée pour la première fois au cours de l'activité couverte. Ces indemnités se limitent aux indemnités qui seraient autrement payables en vertu de l'indemnité pour frais médicaux en cas d'accident. Les prestations ne sont payables en vertu de la police que dans la mesure où les frais couverts ne sont pas payables en vertu d'un autre régime de soins de santé national. La couverture entre en vigueur à la date de votre arrivée dans votre pays d'origine et prend fin 30 jours après votre retour dans votre pays d'origine. La prolongation des indemnités pour frais médicaux en cas d'accident est assujettie à la franchise de 0 \$, au taux de coassurance et au maximum des indemnités indiquées ci-dessus pour les indemnités pour frais médicaux en cas d'accident.

Indemnité pour frais médicaux de maladie

(Ne s'applique qu'aux assurés de la classe 1)

Nous paierons les frais couverts engagés dans les 364 jours suivant la date du premier traitement de la maladie couverte par suite d'une maladie lorsque vous participez à des activités prévues, supervisées et parrainées par le titulaire de police, y compris les déplacements directs à destination et en provenance de ces activités couvertes. De plus, les indemnités de frais médicaux de maladie sont assujetties à tout plafond global applicable dans le tableau des prestations.

(P.4)

La prestation maximale pour toutes les indemnités de frais médicaux de maladie est de 12 500 \$. Le paiement des prestations s'applique par personne assurée, par maladie couverte et est assujetti à une franchise de 0 \$ par maladie couverte. Votre taux de coassurance correspond à 100 % des frais habituels et habituels.

Les indemnités de frais médicaux de maladie sont payables uniquement : (1) pour les frais habituels et habituels engagés après l'acquittement de la franchise ; et (2) pour les frais médicalement nécessaires couverts que l'assuré reçoit.

Aucune prestation ne sera versée pour les frais engagés qui, à notre avis, dépassent les frais habituels et habituels.

Dépenses couvertes

- Frais de chambre d'hôpital et de pension : le tarif quotidien d'une chambre lorsqu'un assuré est hospitalisé en milieu fermé et que les soins infirmiers généraux sont fournis et facturés par l'hôpital. Dans le calcul du nombre de jours payables en vertu de cette garantie, la date d'admission sera prise en compte, mais non la date de libération.
- Frais hospitaliers accessoires : services et fournitures, y compris la salle d'opération, les tests de laboratoire, l'anesthésie et les médicaments (à l'exclusion des médicaments à emporter à la maison) lorsque l'hôpital est confiné.
- Frais de soins médicaux d'urgence (chambre et fournitures) : pour une maladie couverte, y compris les frais du médecin traitant, les radiographies, les procédures de laboratoire, l'utilisation de la salle d'urgence et les fournitures.
- Frais de salle de chirurgie ambulatoire et de fournitures pour l'utilisation de l'établissement chirurgical.
- Radiographies diagnostiques ambulatoires, procédures et tests de laboratoire.
- Frais de traitement/d'examen non chirurgicaux du médecin (à l'exclusion des médicaments), y compris la visite initiale du médecin, chaque visite de suivi nécessaire et les visites de consultation lorsque le médecin traitant le recommande.
- Frais chirurgicaux du médecin. Si une maladie couverte nécessite plusieurs interventions chirurgicales par la même incision, nous ne verserons qu'une seule prestation, la plus importante des interventions effectuées. Si plusieurs interventions chirurgicales sont pratiquées au cours d'une même séance chirurgicale, mais au moyen d'incisions différentes, nous paierons comme il est indiqué dans le tableau des prestations pour l'intervention la plus coûteuse et 50 % des frais couverts pour les chirurgies supplémentaires.
- Frais d'un chirurgien adjoint en cas de nécessité médicale
- Anesthésiologiste Frais de dépistage préopératoire et d'administration de l'anesthésie au cours d'une intervention chirurgicale, que ce soit à l'hôpital ou en clinique externe.
- Frais de physiothérapie à l'hôpital ou en consultation externe limités à une visite par jour (tel qu'indiqué dans le tableau des prestations) ; les frais comprennent les traitements et les visites au bureau liés à un tel traitement lorsqu'il est prescrit par un médecin, y compris la diathermie, les ultrasons, les bains à remous, les traitements thermiques, les ajustements, la manipulation, le massage ou toute forme de thérapie physique.
- Frais d'ambulance pour le transport du site de l'urgence à l'hôpital.
- Appareils orthodontiques ou appareils de réadaptation prescrits par un médecin. Il doit s'agir d'un équipement médical durable qui 1) est utilisé principalement et habituellement à des fins médicales ; 2) peut résister à une utilisation répétée ; et 3) n'est généralement pas utile à une personne en l'absence de maladie. Aucune prestation ne sera versée pour les frais de location excédant le prix d'achat.

- Frais de location d'équipement médical pour un fauteuil roulant ou autre équipement médical ayant une valeur thérapeutique pour un assuré. Nous ne couvrons pas les ordinateurs, les véhicules automobiles ou les modifications apportées à un véhicule automobile, les rampes et les frais d'installation, les lunettes et les appareils auditifs.

- Services médicaux et fournitures médicales : dépenses pour le sang et les transfusions sanguines ; l'oxygène et son administration.

En plus des exclusions indiquées à la page 3, nous ne verserons pas d'indemnité de frais médicaux de maladie pour toute perte, tout traitement, tout service ou toute fourniture résultant de, ou auquel nous avons contribué :

- Vaccinations, services et fournitures liés aux vaccinations.

- Acupuncture, allergie, y compris les tests d'allergie et l'alopécie.

- Verrues, grains de beauté, lésions et acné non malignes.

- Soins des cors et des oignons.

- Maladie pour laquelle des prestations sont payées ou payables en vertu d'une loi ou d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles, ou d'une loi semblable.

- Résection sous-muqueuse et/ou autre correction chirurgicale en cas de déviation de la cloison nasale, autre que pour le traitement requis de la sinusite purulente aiguë.

- Lunettes, lentilles cornéennes, prothèses auditives, ou ordonnances ou examens à cet effet. La kératotomie radiale et la chirurgie au laser ne sont pas couvertes.

- Avortement volontaire ou volontaire.

- Malformations congénitales.

- Traitement ou chirurgie élective.

- Examens physiques et soins dentaires de routine.

(P.5)

AVIS IMPORTANT

Ce régime prévoit des prestations de maladie à court terme et d'une durée limitée. Cet avenant ne constitue pas une couverture d'assurance maladie complète (souvent appelée " couverture médicale majeure ") et ne répond pas à l'obligation individuelle d'une personne d'obtenir une couverture minimale essentielle en vertu de la Loi sur les soins abordables (ACA). Pour de plus amples renseignements sur l'ACA, veuillez consulter le site www.HealthCare.gov.

Assurance frais médicaux à l'étranger

(applicable seulement aux assurés de la classe 2)

Nous verserons les indemnités énumérées ci-dessous si vous êtes blessé à la suite d'un accident couvert ou si vous tombez malade alors que vous êtes à l'extérieur de votre pays d'origine ou de votre pays d'affectation permanente, en participant à l'activité couverte (décrite ci-dessus) qui ne dépasse pas 30 jours.

Cette couverture commencera lorsque vous arriverez dans les locaux de la réserve Summit Bechtel, y compris le Ruby Welcome Center. Elle se terminera à la première des dates suivantes : 1) La date à laquelle vous retournez dans votre pays d'origine ou dans votre pays d'affectation permanente ; 2) La date à laquelle l'activité couverte prend fin ou à laquelle vous faites un écart personnel. "Déviation personnelle " signifie : 1) une activité qui n'est pas raisonnablement liée aux affaires du titulaire de police ; et 2) une activité qui n'est pas accessoire au but de l'activité couverte.

Prestations pour frais médicaux - Nous paierons les frais couverts qui résultent directement d'un accident ou d'une maladie couverts. Ces indemnités sont payables jusqu'à la première des dates suivantes : la date de votre retour dans votre pays d'origine ou dans votre pays d'affectation permanente, ou 52 semaines après la date d'un accident ou d'une maladie couverts, pourvu que les premiers frais couverts aient été engagés dans les 30 jours suivant la date de l'accident ou de la maladie couverts.

La prestation maximale est de 25 000 \$ pour tous les accidents couverts et de 12 500 \$ pour la maladie, sous réserve d'une franchise de 0 \$ par accident ou maladie couvert.

Les limites suivantes s'appliquent également : Le maximum des frais de chambre et de pension est le tarif moyen d'une chambre semi-privée, tandis que le maximum des frais de chambre et de pension en soins intensifs est de deux fois le tarif moyen d'une chambre semi-privée.

Les prestations pour frais médicaux ne sont payables que pour les frais médicaux : 1) pour 100 % des frais habituels et habituels engagés après que la franchise, s'il y a lieu, a été acquittée ; 2) pour les frais médicalement nécessaires couverts que la personne assurée engage ; et 3) pour les frais engagés pour des services qui vous ont été rendus lors d'un voyage à l'extérieur de votre pays d'origine ou du pays d'affectation permanente.

Indemnité d'urgence du pays d'origine - Nous paierons les frais médicaux couverts si vous continuez de traiter dans votre pays d'origine une blessure ou une maladie couverte qui a été traitée pour la première fois pendant l'activité couverte. Ces prestations sont limitées aux prestations qui seraient autrement payables en vertu de la garantie Frais médicaux si vous étiez à l'extérieur de votre pays d'origine. Les prestations ne sont payables en vertu de la police que dans la mesure où les frais couverts ne sont pas payables en vertu d'un autre régime de soins de santé national. La couverture entre en vigueur à la date de votre arrivée dans votre pays d'origine. Elle se termine à la dernière des deux dates suivantes : 1) 30 jours après votre retour dans votre pays d'origine, ou 2) la date à laquelle vous quittez votre pays d'origine. Cette garantie n'est payable qu'une seule fois par période d'assurance. Cette protection prendra fin à la première des deux dates suivantes : la date à laquelle votre police prendrait fin autrement ou la fin de la durée de la police. Pour que cette garantie soit payable, votre couverture doit demeurer en vigueur de façon continue et la prime requise doit être payée.

Les prestations d'urgence du pays d'origine sont assujetties à la franchise de 0 \$, au taux de coassurance et au maximum de prestations indiqués ci-dessus pour les garanties Frais médicaux.

En plus des exclusions ci-dessus, nous ne verserons pas de prestations pour toute perte, tout traitement ou tout service résultant de ou auquel nous avons contribué :

- Les examens médicaux de routine et les soins de toutes sortes.
- Soins et traitements dentaires courants.
- La chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie reconstructive nécessaire à la suite d'une blessure.
- Soins de routine en pouponnière.
- Réfractions oculaires ou examens de la vue pour la prescription ou l'ajustement de verres correcteurs ; lunettes, lentilles cornéennes et prothèses auditives.
- Services, fournitures ou traitements, y compris toute période d'hospitalisation qui n'est pas recommandée, approuvée et certifiée médicalement nécessaire et raisonnable par un médecin, ou dépenses non médicales de nature.
- Traitement ou service fourni par une infirmière de service privée.
- Traitement par tout membre de la famille immédiate ou membre du ménage de l'assuré.
- Les frais engagés au cours d'un voyage de vacances ou d'un voyage à des fins de soins médicaux ou de traitement, ou pour tout autre voyage qui n'est pas effectué dans le cadre des affaires du titulaire de la police (sauf si les écarts personnels sont expressément couverts).

(P.6)

- Les frais médicaux couverts pour lesquels la personne assurée ne serait pas responsable en l'absence de la police.
- Toute dépense payée ou payable par tout autre régime d'assurance collective valide et recouvrable.
- Blessure ou maladie pour laquelle des prestations sont payées ou payables en vertu d'une loi ou d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles, ou d'une loi similaire, que ce soit une loi fédérale américaine ou étrangère.

Si nous déterminons que les prestations versées en vertu du régime d'assurance-maladie à l'étranger sont admissibles en vertu de tout autre régime d'assurance, nous pouvons tenter de recouvrer les frais couverts par un autre régime dans la mesure où l'assuré est admissible à un remboursement.

AVIS IMPORTANT

Cette police prévoit des prestations d'assurance voyage pour les personnes qui voyagent à l'extérieur de leur pays d'origine. Cette police ne constitue pas une couverture d'assurance maladie complète (souvent appelée " couverture médicale majeure ") et ne répond pas à l'obligation individuelle d'une personne d'obtenir une couverture minimale essentielle en vertu de la Loi sur les soins abordables (ACA). Pour de plus amples renseignements sur l'ACA, veuillez consulter le site www.HealthCare.gov.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Nous ne verserons aucune indemnité pour toute perte ou blessure causée par, ou résultant de :

- s'est infligé intentionnellement des blessures. (applicable à la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident seulement)
- suicide ou tentative de suicide. (applicable à la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident seulement)
- guerre ou tout acte de guerre, déclaré ou non (sauf dans les cas prévus par la police).
- un accident couvert qui survient pendant le service actif dans les forces militaires, navales ou aériennes d'un pays ou d'une organisation internationale. Sur réception d'une preuve de service, nous rembourserons toute prime payée pour cette période. La formation en service actif de la Réserve ou de la Garde nationale n'est pas exclue à moins qu'elle ne dure plus de 31 jours.
- maladie, affection, infirmité physique ou mentale, infection bactérienne ou virale, ou traitement médical ou chirurgical de celle-ci, à l'exception de toute infection bactérienne résultant d'une coupure ou blessure externe accidentelle ou de l'ingestion accidentelle d'aliments contaminés.
- le fait de piloter ou de servir comme membre d'équipage à bord d'un aéronef (sauf dans les cas prévus par la Politique).
- commission ou tentative de commission d'un crime.

Cette assurance ne s'applique pas dans la mesure où des sanctions commerciales ou économiques ou des règlements nous interdisent de fournir une assurance, y compris, mais sans s'y limiter, le paiement des réclamations.

DÉFINITIONS

accident couvert " s'entend d'un accident qui survient pendant que la couverture est en vigueur à votre égard et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause une perte ou une blessure couverte par la police pour laquelle des indemnités sont payables. "Personne assurée " désigne toute personne admissible pour laquelle la prime requise est payée. "famille immédiate " désigne le père, la mère, le grand-père, la grand-mère, le conjoint, l'enfant, le frère ou la sœur d'une personne assurée. "Blessure " désigne les lésions corporelles accidentelles que vous avez subies à la suite d'un accident couvert. La Blessure doit être causée uniquement par des moyens externes, violents et accidentels. Toutes les blessures subies par une seule personne dans un même accident couvert, y compris toutes les affections connexes et les symptômes récurrents de ces blessures, sont considérées comme une seule blessure.

"Urgence médicale " s'entend d'un état causé par une blessure ou une maladie qui se manifeste par des symptômes suffisamment graves pour qu'un profane prudent possédant une connaissance moyenne de la santé et de la médecine puisse raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux immédiats mette gravement en danger la santé de la personne. "Maladie " désigne une maladie, une affection ou un état de santé qui entraîne un sinistre pour lequel vous engagez des frais médicaux pendant que vous êtes couvert par la

présente police. Toutes les affections connexes et tous les symptômes récurrents de la même affection ou d'une affection similaire seront considérés comme une seule maladie.

Vous devez fournir un avis de sinistre dans les 90 jours suivant un accident ou une perte. Si l'avis ne peut être donné dans ce délai, il doit l'être dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cet avis devrait vous identifier, vous, le titulaire de la police et le numéro de la police.

COMPAGNIE D'ASSURANCE : Cette police (police no PTP N06568993) est souscrite par ACE American Insurance Company, 436 Walnut Street, Philadelphia, PA 19106.

RÉCLAMATIONS : Pour obtenir des renseignements sur ce programme, l'admissibilité, les prestations, une demande de règlement ou la façon de présenter une demande de règlement, veuillez communiquer avec l'administrateur, Health Special Risk, Inc. (HSR,) via 800-328-1114 ; 972-512-5671 ; fax (972) 512-5820 ou courriel à bsa@hsri.com. ENVOYEZ TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT À L'HSR À :

Health Special Risk, Inc. 4100 Medical Parkway, Carrollton, TX 7500777

Cette description de la couverture est une brève description des caractéristiques importantes du régime d'assurance. Ce n'est pas un contrat d'assurance. Les conditions de la couverture sont énoncées dans la police émise aux Boy Scouts of America. La police est assujettie aux lois de l'État dans lequel elle a été établie. Il se peut que la couverture ne soit pas offerte dans tous les États ou que certaines modalités ou conditions soient différentes si la loi de l'État l'exige. Veuillez conserver ces informations à titre de référence.