

Brochure om syge- og ulykkesforsikring for deltagere i AFS-udvekslingsprogrammer

Herunder oplysninger om AFS-forsikringen og de tillægsydelser, som sikres alle AFS-deltagere.

OBS: Denne brochure er en oversættelse af "Medical Pamphlet", som er en del af Deltageraftalen. AFS Interkultur har i den forbindelse korrigeret indholdet, så brochuren passer til danske forhold. I tvivlstilfælde vil det dog være den engelske version, "Medical Pamphlet", der vil tages udgangspunkt i.

AFS-FORSIKRINGEN I HOVEDPUNKTER

Personer der er dækket	Deltagere i AFS-udvekslingsprogrammer
Dækningsområde	Hele verden, undtagen i deltagerens hjemland
Dækningsperiode	Dækningen starter, når deltageren ankommer til det internationale afrejsested, og gælder indtil deltageren løses fra AFS-programmet eller ved hjemkomsten til hjemlandet, afhængig af hvad der kommer først.
Dækning af udgifter ved sygdom og ulykke	Lægebehandling og medicin pr. dækket skade: op til USD 1.000.000 Sygetransport og hjemtransport: op til USD 300.000 Akut dødsfald: USD 10.000
Selvrisiko	Ingen
Vigtigste undtagelser (se oversigten på side 9-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmæssig pleje af synet (synsprøver, briller, kontaktlinser), undtagen i forbindelse med ulykker • Tandpleje, undtagen i forbindelse med ulykker (se afsnittet om tillægsforsikring for ydelse til tandpleje) • Rutinemæssige helbredsundersøgelser • Lægeundersøgelser, vaccinationer og immuniseringer til brug ved sportsaktiviteter • På forhånd eksisterende helbredsproblemer, dvs. en sygdom, som en deltager har søgt eller fået behandling for inden for 18 måneder før ankomsten til det internationale afrejsested.
Indberetning af erstatningskrav:	<p>I USA: GMMI 7901 S.W. 36th Street Davie FL 33328 e-mail: Customerservice@gmmusa.com Tlf.: +1.888.444.7773 (frikaldsnummer)</p> <p>Uden for USA: Aon Consulting AFS Claims Team Ronald Enderman Admiraliteitskade 62 Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam Holland +31.10.448.8238 afs@aon.nl</p>
Alarmcentralnumre: (fremgår ligeledes af det sygeforsikringskort, som udleveres til deltagerne ved ankomst til værtslandet)	<p>GMMI:</p> <p>I USA: 1.888.444.7773 Uden for USA: +1.954.370.6468 (modtager betaler)</p>

<u>INDHOLDSFORTEGNELSE</u>	<u>SIDE</u>
I. Indledning	4
II. Hvad er en sekundær forsikring?	4
III. Definitioner	4-6
Udgifter der er dækket af AFS-forsikringen	
Berettigede deltagere	
Dækkede skader	
Dækningsgrænse	
Selvrisiko	
Dækningsområde	
Dækningens ikrafttræden og ophør	
IV. Dækning af udgifter ved sygdom og ulykke	6
V. Sygeforsikringskort	7
VI. Lægelig assistance	7
VII. Sygetransport	8
VIII. Udgifter til hjemtransport	9
IX. Udgifter der ikke dækkes af AFS-forsikringen	9-10
Udgifter til regelmæssig pleje af syn og tænder	
Udgifter til rutinemæssige eller forebyggende helbredsundersøgelser	
Hvad er et på forhånd eksisterende helbredsproblem?	
Fuldstændig oversigt over udgifter der ikke dækkes af AFS-forsikringen	
X. Indberetning af erstatningskrav for udgifter i forbindelse med AFS-forsikringen	11-12
Erstatningskrav opstået i USA	
Erstatningskrav opstået i lande uden for USA	
Hvis der sker en bilulykke	13
Tillægsydelse:	
Oversigt over dækning af tillægsydelse	14
1. Akut dødsfald og lemlæstelse (AD&D)	15
2. Akut behov for tandlægebehandling	15
3. Besøg af pårørende	16
4. Rejseafbrydelse	16
5. Efterforsikring	17
6. Permanent uarbejdsdygtighed	18
7. Hjælp i forbindelse med ulykkestilfælde og traumer	19
Almindelige undtagelser i forbindelse med alle tillægsydelse	19
Indberetning af erstatningskrav for tillægsydelse	21

Udgifter til lægebehandling og medicin for deltagere i AFS-udvekslingsprogrammer

I. Indledning

AFS sørger for AFS-forsikringen, en omfattende, sekundær syge- og ulykkesforsikring, idet omkostningerne til lægebehandling og forsikring varierer meget fra land til land. Formålet med forsikringen er at sikre, at en AFS-deltager får hurtig og kvalificeret lægebehandling et hvilket som helst sted i verden, når som helst det er nødvendigt. Hvis en deltager uventet kommer til skade eller bliver syg under et AFS-program, sørger AFS for, at deltagerens dækningsberettigede udgifter bliver betalt.

AFS-forsikringen står omtalt i den deltageraftale, som familierne underskriver som en del af optagelsesproceduren. Formålet med denne brochure er at beskrive hvilke udgifter, der er dækket af deltageraftalen, og hvilke der ikke er dækket.

AFS-forsikringen dækker direkte udgifter til lægebehandling og medicin. Forsikringsselskabet er: *Insurance Company of the State of Pennsylvania (ICSP)*. ICSP er et af Chartis Inc.'s selskaber.

AFS sørger for yderligere rejseforsikringsydelser ud over dem, der står nævnt i AFS-forsikringen. De kaldes "tillægsydelser" og er en yderligere hjælp for deltagere, som er blevet ramt af sygdom eller er kommet til skade. Tillægsydelserne er beskrevet i slutningen af brochuren¹.

II. Hvad er en sekundær forsikring?

"Primær" og "sekundær" forsikring er velkendte begreber i sygeforsikringsbranchen. AFS-forsikringen fungerer som en form for sekundær dækning - den er først ansvarlig for udgifter til lægebehandling og medicin, hvis udgifterne ikke dækkes af en primær forsikring, f.eks. det pågældende lands sygesikring eller en privat forsikring tegnet af familien i hjemlandet.

Fremgangsmåden med at "få udgifterne tilbagebetalt" er med til, at AFS kan kontrollere omkostningerne i forbindelse med forsikringsordningen. Når det er muligt, vil AFS søge at få enhver primær forsikring til at refundere AFS for de krav, der måtte opstå. Når der ikke er en primær forsikring, fungerer AFS-forsikringen som primær kilde til betaling af udgifterne. Dette gør det muligt for AFS-forsikringen at fortsætte med at betale udgifterne i de mange tilfælde, hvor en deltager ikke har en primær forsikring, hvor den ikke er tilstrækkelig eller ikke dækker hele skaden.

III. Definitioner

Udgifter der er dækket af AFS-forsikringen

Når der henvises til ordet "**dækning**", menes der den aftale, der er indgået for at betale for nedenstående udgifter for berettigede deltagere:

Lægebehandling og medicin
Sygetransport, herunder ambulancefly
Hjemtransport af afdøde

Hver enkelt dækningstype er forklaret i et afsnit i brochuren.

¹ Bemærk at AFS-forsikringen samt tillægsydelserne tegnes af AFS International. Ud over disse forsikringer tegner AFS i Danmark en supplerende forsikring hos Europæiske Rejseforsikring A/S. Forsikringsbetingelserne for denne forsikring vil være fremsendt sammen med ihåndenværende brochure (tilføjelse af AFS Danmark).

En **berettiget deltager** er en deltager, der er godkendt til AFS-udvekslingsprogrammer.

En **“dækket skade”** er en ulykke eller en sygdom, som ikke er udelukket fra AFS-forsikringen. AFS-forsikringen betaler for en lang række skader, men den dækker ikke alle former for skader. I afsnit X på side 7-9 er der en oversigt over de undtagelser eller udgifter, som ikke er dækket.

Tillægsydelser

AFS sørger desuden for “tillægsydelser” for deltagerne. Denne pakke af ydelser dækker også dækningsberettigede ulykker eller sygdom, men den dækker mere end de basale udgifter, der er omfattet af AFS-forsikringen:

Akut dødsfald og lemlæstelse
Tandlægebehandling til lindring af smerter
Besøg af pårørende
Rejseafbrydelse, fx midlertidig hjemrejse
Permanent, total uarbejdsdygtighed
Efterbehandlingsforsikring (dækker udgifter til lægebehandling og medicin efter hjemkomsten)
Hjælp i forbindelse med ulykkestilfælde og traumer

Betingelserne og vilkårene for sådanne ydelser er forskellige fra dækningen under AFS-forsikringen. Derfor er tillægsydelserne beskrevet separat i slutningen af brochuren.

Dækningsgrænse

Som anført i deltageraftalen, sikrer AFS-forsikringen en dækning for deltagerne på op til USD 1.000.000 pr. dækket skade, så længe de deltager i et AFS-program. Det er det maksimale beløb, der kan ydes til at dække **omkostningerne** ved ulykke eller sygdom.

AFS yder ikke dækning ud over USD 1.000.000 for en enkelt, dækket skade ved ulykke eller sygdom. Udgifterne til sygetransport og hjemtransport dækkes dog med et yderligere beløb på op til USD 300.000.

Skulle en deltager komme ud for mere end en ulykke eller sygdom, gælder der en ny dækningsgrænse for hver skade.

Selvrisiko

Deltagerne vil ikke blive anmodet om at betale nogen form for selvrisiko i forbindelse med denne forsikringsordning.

Dækningsområde

AFS-forsikringen dækker hele verden.

Den dækker ikke skader, der er opstået i deltagerens hjemland. Den dækker heller ikke, når en del af deltagerens AFS-program finder sted i hjemlandet, f.eks. orienteringsmøder.

Dækningens ikrafttræden og ophør

Dækningen træder i kraft i det øjeblik, hvor deltageren ankommer til det internationale afrejsested for at deltage i et AFS-program, f.eks. en lufthavn eller et orienteringsmøde umiddelbart før afrejsen. Så længe en deltager følger et AFS-program, er hun eller han dækket af AFS-forsikringen.

Med deltagelse i et AFS-program menes udførelsen af de aktiviteter, der kræves af en AFS-deltager. Deltagerne skal på fuld tid følge undervisningen eller deltage i samfundsmæssige serviceprojekter eller andre strukturerede aktiviteter, jf. Deltageraftalen. Andre obligatoriske aktiviteter omfatter, men er ikke begrænsede til aktiv deltagelse i værtsfamiliens liv, deltagelse i AFS' lokale og regionale arrangementer samt engagement i aktiviteter uden for programmet og sociale aktiviteter. Det er AFS, der træffer den endelige afgørelse med hensyn til, om deltageren kan fortsætte på programmet.

Dækningen ophører den dag, hvor en deltager løses fra AFS-programmet eller ved hjemkomsten til hjemlandet, afhængig af hvad der kommer først.

Når en deltager er løst fra AFS-programmet eller er vendt hjem, ophører AFS-forsikringen, og familien i hjemlandet overtager ansvaret for deltagerens udgifter til lægebehandling og medicin, også selvom den ulykke, tilskadekomst eller sygdom, der har medført de pågældende udgifter, er sket under deltagelse i programmet.

Derfor bør familierne i hjemlandet før afrejsen sikre sig, at deres barn er dækket af en anden forsikring eller sygesikring i hjemlandet, hvis barnet skulle komme hjem fra deltagelse i et AFS-program og have behov for lægehjælp. Det kan være umuligt at få dækning, når en deltager allerede er syg eller er kommet til skade, da det kunne blive betragtet som et på forhånd eksisterende helbredsproblem. *Derfor råder AFS indtrængende familierne i hjemlandet til at opretholde en forsikring for deres barn, mens hun eller han deltager i et AFS-program².*

Tillægsydelse omfatter en sygeforsikring, der kaldes "efterforsikringen", som i begrænset omfang kan være en hjælp til at dække udgifter i forbindelse med ulykker eller endemiske sygdomme, der er opstået under deltagelsen i et AFS-program, og som fortsat medfører udgifter efter deltagerens hjemkomst, jf. brochurens sidste afdeling, hvor denne ydelse er beskrevet.

IV. Dækning af udgifter ved sygdom og ulykke

Ved **udgifter ved sygdom og ulykke** forstås de udgifter, der opstår, når en berettiget deltager har behov for lægebehandling, mens hun eller han deltager i et AFS-program. AFS-forsikringen betaler kun for udgifter i forbindelse med dækningsberettigede skader, dvs. ulykker eller sygdomme, der ikke er udelukket af forsikringen.

Følgende udgifter er dækket af AFS-forsikringen:

1. Udgifter til hospitalsophold, kost, sygepleje og andre serviceydelser, herunder professionelle serviceydelser, med undtagelse af personlige serviceydelser af ikke-lægelig karakter, og forudsat at udgifterne ikke overstiger gennemsnitsprisen for et hospitalsophold med kost på en flersengsstue.
2. Udgifter til diagnose, behandling og kirurgiske indgreb foretaget af en læge.
3. Udgifter til anæstetika og indgivelse heraf.

² Bemærk at danske deltagere vil være dækket af den offentlige sygesikring straks ved hjemkomsten (tilføjelse af AFS Danmark)

4. Udgifter til medicinsk behandling, røntgenundersøgelser, laboratorieprøver og -serviceydelser, brug af radium og radioaktive isotoper, ilt, blodtransfusioner, respirator og lægebehandling.
5. Udgifter til lægeordineret fysioterapi til behandling af en specifik lidelse, udført af en autoriseret fysioterapeut.
6. Udgifter til hotelværelse, når en AFS-deltager, hvis tilstand kræver hospitalsindlæggelse, skal tilses af en kvalificeret læge på et hotelværelse, fordi der ikke er et hospitalsværelse til rådighed på grund af manglende kapacitet, afstand eller lignende omstændigheder, som den forsikrede ikke er herre over.
7. Bandager og medicin, som kun kan fås på recept udskrevet af en læge.

Tillægsydelseerne tilbyder specifik hjælp i forbindelse med overfald og tilfælde af koma opstået i forbindelse med tilskadecomst. De omfatter også en ydelse, der kan bruges til behandling af traumer i forbindelse med en dækket ulykke, jf. afsnittet om tillægsydelser bagerst i brochuren.

I brochurens afsnit X er der en oversigt over de udgifter, som ikke er dækket af AFS-forsikringen.

Familien i hjemlandet har ansvar for at sørge for dækning af de udgifter, som er udelukket af AFS-forsikringen. Hvis AFS betaler for disse udgifter for at hjælpe en deltager på et tidspunkt, hvor den pågældende bliver syg eller kommer til skade, skal de betales tilbage til AFS-forsikringen af forældrene i hjemlandet.

V. Sygeforsikringskort

AFS forsyner deltagerne med sygeforsikringskort, som de kan bruge til at attestere, at de er berettigede til dækning af udgifter til lægebehandling og medicin. På kortet er anført et telefonnummer, som en læge eller et hospital kan ringe til 24 timer i døgnet for at få bekræftet dækningen for en berettiget deltager, når værtslandets kontor er lukket, eller når der opstår en akut nødsituation.

VI. Lægelig assistance

For at opfylde forpligtelserne over for deltagerne arbejder AFS sammen med GMMI, som skaffer lægeassistance til rejsende. GMMI hjælper AFS med at *fremskaffe* eller *kvalificere* lægebehandling i hele verden og arrangerer også sygetransport, når det er nødvendigt.

At fremskaffe lægebehandling betyder at finde passende personale og behandlingssteder til at klare den sygdomssituation, en deltager befinder sig i under opholdet i værtslandet. Det betyder også at sørge for lægelige vurderinger eller forsyne deltageren med medicin, mens den pågældende er på et AFS-program.

At kvalificere lægebehandling betyder at afgøre, om det behandlingssted i værtslandet, hvor en deltager allerede er indlagt, er passende for behandlingen. Det kan også betyde at få en "second opinion" fra en lokal læge eller fra en læge, der er tilknyttet GMMI.

GMMI har et lægeteam, der kan kontaktes 24 timer i døgnet. De supplerer det eksisterende netværk af AFS' partnere og frivillige i hele verden, når der opstår et lægeligt problem. Denne hjælp gør det muligt for AFS International, AFS-værtspartneren og udsendelsepartneren at konferere med specialister, når der opstår en nødsituation. I fællesskab kan de også få vurderinger af tilfældet og holde sig à jour med udviklingen.

Hvis en deltager er hospitalsindlagt i mere end 24 timer, tilbyder forsikringsordningen med tillægsydelse hjælp til besøg af pårørende, som gør det muligt for et familiemedlem at rejse til det sted, hvor deltageren befinder sig. Se beskrivelsen af denne ydelse i slutningen af brochuren.

Hvis der anbefales en anden form for lægebehandling eller behandlingssted for deltageren, arrangerer GMMI transport i værtslandet eller til et behandlingssted i deltagerens hjemland.

Hvis en deltager, der forlader programmet pga. helbredshensyn, får lov til at vende tilbage til programmet, dækker AFS ikke omkostningerne for rejsen tilbage til landet.

VII. Sygetransport

Sygetransport henviser til udgifter i forbindelse med transporten af en alvorligt syg deltager og undertiden en ledsager efter lægens ordre. Normalt drejer det sig om hjemtransport til deltagerens hjemland. Det betyder afslutningen på deltagerens AFS-program og ophør af dækning for lægebehandling, når deltageren er transporteret til sit hjem eller et behandlingssted.

Undertiden kan det være nødvendigt, at en deltager skal transporteres til et andet sted i værtslandet for at få passende lægebehandling, mens hun eller han fortsætter på AFS-programmet. AFS-forsikringen betaler kun for omkostningerne i forbindelse med en sådan transport, hvis deltageren stadig er i stand til at involvere sig aktivt i AFS-programaktiviteterne.

I meget usædvanlige tilfælde kan lægerne anbefale, at deltageren overføres til et behandlingssted, som hverken ligger i hjemlandet eller i værtslandet. AFS definerer dette som værende afslutningen på deltagerens program. I så fald dækker AFS-forsikringen omkostningerne i forbindelse med sygetransporten, men dækningen ophører, når deltageren er ankommet til behandlingsstedet, hvorefter udgifterne til lægebehandling overgår til forældrene i hjemlandet.

Forsikringsordningen med tillægsydelse tilbyder en rejseafbrydelsesydelse, som kan være nyttig, når en syg eller tilskadekommet deltager allerede er transporteret til et lægebehandlingssted og skal rejse hjem derfra. Læs mere om rejseafbrydelsesydelse under "Tillægsydelse" bagerst i brochuren.

AFS-forsikringen arrangerer og dækker udgifterne til sygetransport, når en læge skriftligt har ordineret, at en deltager har behov for sygetransport. Sådanne transportarrangementer skal gå gennem GMMI. De kan variere fra tidlig hjemrejse med ordinært rutefly til et specielt udstyret jettfly med lægebehandlingsudstyr og personale. Sygetransporten dækker ikke rejseudgifterne for andre personer, eller af andre grunde.

Hvis en deltager har behov for at rejse hjem på grund af et familiemedlems sygdomstilstand, vil en separat ydelse sørge for dækning af udgifterne. Denne ydelse kaldes en rejseafbrydelsesydelse under ordningen med tillægsydelse, og den er beskrevet bagerst i brochuren³.

³ Ved behov for hjemkaldelse af en deltager som følge af dødsfald eller alvorlig sygdom i nærmeste familie benytter deltagere der tager på udvekslingsophold gennem AFS i Danmark den supplerende forsikring tegnet hos Europæiske Rejseforsikring A/S

VIII. Udgifter til hjemstransport

Bemærk, at **udgifter til hjemstransport** ikke henviser til sygetransport eller almindelige rejseudgifter. De henviser til de specielle rejseaftaler, der skal indgås, når en dækningsberettiget deltager afgår ved døden. I så fald træffer AFS alle de nødvendige aftaler med GMMI. AFS-forsikringen betaler for udgifter til hjemstransport, når de opstår i forbindelse med en dækket skade.

IX. Udgifter der ikke dækkes af AFS-forsikringen

AFS-forsikringen er ikke ansvarlig for alle udgifter til lægebehandling og medicin. For eksempel udgifter, som deltagerne kan **forvente, vælge eller kontrollere**, dækkes ikke af forsikringen.

Andre former for udgifter, som ikke anses for **lægebehandlingsmæssigt nødvendige**, dækkes heller ikke. AFS-forsikringen er kun beregnet til at dække udgifterne til uforudset lægebehandling og medicin, som lægen anser for nødvendig, for at en deltager kan blive rask igen.

Endelig er der nogle former for udgifter, der ikke kan dækkes, fordi det ikke er muligt fyldestgørende at vurdere omfanget heraf, f.eks. risiko for **krig i deltagerens hjemland eller i USA (tab som resultat af terrorisme hører ikke herunder)**.

Udgifter til regelmæssig pleje af syn og tænder

Som beskrevet i deltageraftalen, betaler AFS-forsikringen ikke for visse former for sundhedsudgifter, som er at forvente som en del af dagligdagen, dvs. **regelmæssig pleje af synet** så som regelmæssige synsprøver, briller eller kontaktlinser. AFS-forsikringens dækning af udgifter til tandpleje er begrænset til den tandlægebehandling, der måtte være nødvendig som følge af en ulykke, og som anbefales af en læge. Forsikringen dækker bortoperering af visdomstænder, hvis dette er nødvendigt for at undgå at en infektion spreder sig.

Tillægsydelseerne tilbyder en begrænset hjælp til smertelindring. Læs beskrivelsen bagerst i brochuren.

Udgifter til rutinemæssige eller forebyggende helbredsundersøgelser

AFS-forsikringen betaler ikke for **rutinemæssige helbredsundersøgelser, podninger, vaccinationer el.lign.**, heller ikke selvom skolen kræver det. Som et eksempel kan det nævnes, at skolerne ofte kræver en helbredsundersøgelse, før deltagerne kan få lov til at engagere sig i skolens sportsaktiviteter. Det forventes, at deltagerne og /eller forældrene i hjemlandet betaler disse udgifter direkte. Hvis værtsfamilien eller AFS betaler for udgifterne, sørger administrator for at få refunderet udgifterne hos familien i hjemlandet.

Hvad er et på forhånd eksisterende helbredsproblem?

Som anført i deltageraftalen betaler AFS-forsikringen heller ikke for udgifter til lægebehandling, som stammer fra på forhånd eksisterende helbredsproblemer. Et allerede eksisterende helbredsproblem er en sygdom, som deltageren har søgt og fået behandling for inden for 18 måneder før ankomsten til det internationale afrejsested.

Hvis AFS-forsikringen betaler udgifterne til lægebehandling, som er fastslået til at være en følge af en sygdom, der var til stede før afrejsen, vil administrator kræve refusion hos familien i hjemlandet. Hvis en deltager har en sygdom, der anses for at have været til stede før afrejsen, skal familien i hjemlandet træffe aftaler om at betale for udgifterne i forbindelse med en sådan sygdom, såfremt de skulle opstå under

deltagelsen i et AFS-program. Hvis der er en forsikringspolice i kraft, som dækker sygdommen, bør familien i hjemlandet opretholde dækningen heraf, så længe AFS-programmet varer.

Oversigt over udgifter, der ikke dækkes, fordi de er forventelige eller valgfrie:

- Regelmæssig synspleje
- Regelmæssig tandpleje
- Rutinemæssige helbredsundersøgelser
- Lægeundersøgelser til brug ved sportsaktiviteter
- Podninger
- Vaccinationer
- På forhånd eksisterende helbredsproblemer
- Børnebegrænsende behandling

Oversigt over udgifter, der ikke dækkes af AFS-forsikringen:

- Serviceydelser, forsyninger eller behandling, der ikke er attesteret af en læge som nødvendige og rimelige
- Udgifter der er opstået i en deltagers hjemland, eller for en deltager som er løst fra et udvekslingsprogram af en eller anden grund.
- Tandlægebehandling, undtagen som følge af skade på sunde, naturlige tænder forårsaget af en ulykke. Kirurgisk kæbeudvidelse eller -formindskelse dækkes heller ikke.
- Regelmæssig pleje af synet, herunder synsprøver, briller og kontaktlinser.
- Rutinemæssige helbredsundersøgelser, herunder lægeundersøgelser til brug ved sportsaktiviteter, hvor der ikke er nogen objektive indikationer på svækkelse af en normal sundhedstilstand.
- Podninger eller immuniseringer.
- På forhånd eksisterende helbredsproblemer, som er diagnosticeret og behandlet inden for 18 måneder før deltagerens ankomst til det internationale afrejsested.
- Kosmetiske operationer undtagen som følge af en ulykke.
- Pleje af nyfødte eller barnepleje.
- Selvmord eller forsøg herpå, mens den forsikrede er ved sin fornufts fulde brug, eller selvdestruktion eller forsøg herpå i et øjeblikks sindssyge.
- Forsætlig, selvforskyldt skade.
- Militærtjeneste.
- Udgifter, som betales af en anden forsikring eller et offentligt sundhedssystem.
- Udgifter der ikke har lægelig baggrund
- Udgifter der skyldes krig i USA, Iran, Irak, Afghanistan eller deltagerens hjemland.
- Skydiving, kapflyvning som professionel og amatør eller som pilot på en flyvemaskine.
- Skader opstået under deltagelse i professionel idrætsudøvelse.

X. Indberetning af erstatningskrav for udgifter i forbindelse med AFS-forsikringen

Krav om erstatning for udgifter til lægebehandling og medicin behandles på to måder, alt efter hvor de er opstået. De skal indberettes, inden der er gået et år efter, at der første gang er opstået sådanne udgifter.

Erstatningskrav opstået i USA

Når en deltager har udgifter til lægebehandling og medicin i USA, skal deltageren anmode lægen eller hospitalet om at sende den originale regning med anmeldelsesblanketten direkte til GMMI, tredjepart, som administrerer Starr erstatningskrav i USA:

GMMI (Global Medical Management Inc.)
7901 S.W. 36th Street
Davie, FL 33328

E-mail: customerservice@gmmi.com

Hvis udgifterne er betalt af deltageren eller værtsfamilien, kan de få dem refunderet af Starr ved at indsende regningen til GMMI. I så fald er det vigtigt, at de bruger AFS' anmeldelsesblanket. Hele AFS' anmeldelsesblanket skal udfyldes med detaljeret angivelse af den nødvendige behandling.

“Balance Billing”

GMMI, der administrerer erstatningskravene, forhandler med leverandører af lægelige eller medicinske ydelser for at reducere omkostningerne, selv efter at de har leveret den pågældende ydelse. Leverandørerne aftaler ofte at give afkald på en del af deres betaling, men det kan undertiden forekomme, at de sender den del af regningen, som ikke er betalt, til familien i hjemlandet. Denne praksis kaldes “balance billing”. Hvis du modtager en regning for alle udgifter eller en del heraf, som du troede var dækket af AFS-forsikringen, så giv GMMI besked. Send en e-mail til dem (customerservice@gmmi.com) med detaljerede oplysninger om kravet og vedhæft en scannet kopi af den regning, du har modtaget.

GMMI gør det muligt for AFS' familier at se de regninger, som GMMI har modtaget. Man kan også se de regninger, som er godkendt til betaling til leverandørerne.

Skulle du modtage en “balance bill” eller opgørelse pr. post, kan du gå ind på hjemmesiden: www.gmmi.com. Tryk på knappen “Insured Patients” (forsikrede patienter), der er anbragt øverst i højre hjørne af skærmen. Følg anvisningerne ved at indtaste forsikringens ID-nummer, fornavn, efternavn og fødselsdato, og tryk derefter på “View Patient Info” (Vis patientinfo). *(Forsikringens ID-nummer står på det sygeforsikringskort, som deltageren har fået udleveret af AFS USA; det begynder med trebogstavskoden for deltagerens hjemland: f.eks. CRC for Costa Rica, GER for Tyskland, ITA for Italien, JPN for Japan, THA for Thailand osv).*

På næste side vises en oversigt over alle de regninger, som GMMI har modtaget. Den første kolonne viser GMMI's interne søgenummer for en specifik regning. Den anden kolonne viser navnet på leverandøren af den lægelige eller medicinske ydelse. Den tredje kolonne viser behandlingsdatoen. Den fjerde kolonne viser det totale beløb. Den femte kolonne viser betalingsdatoen (som er trykt med grønt, hvis betaling allerede har fundet sted, og med rødt, hvis betaling endnu ikke har fundet sted eller er afvist), og den sidste kolonne, den dato hvor regningen er betalt.

Hvis den opgørelse, du har modtaget, står opført på GMMI's hjemmeside, og beløbet er det samme, skal du ikke foretage dig noget.

Såfremt den opgørelse, du har modtaget, ikke står opført på GMMI's hjemmeside, skal du først kontakte leverandøren og opgive de relevante forsikringsoplysninger samt GMMI's faktureringsadresse, så leverandøren kan indsende den rigtige anmeldelsesblanket til GMMI til behandling. Derefter skal du maile eller faxe en kopi af opgørelsen til GMMI: customerservice@gmmusa.com eller til fax nummer 954 370 8130.

Hvis du har spørgsmål, eller ikke har adgang til internet, kan du ringe til GMMI på 954 370 6468 eller 888 444 7773

Sådan ringer man for at få oplysninger om udgifter til lægebehandling og medicin i USA

Læger, værtsfamilier eller deltagere kan tale med GMMI om erstatningskrav eller dækning ved at ringe til 1-888-444-7773. Kontortid: kl. 9.00 – 16.30, mandag til fredag.

Spørgsmål, der opstår efter kontortid i forbindelse med nødsituationer i USA, skal rettes til AFS på telefon (212) 299-9000.

Erstatningskrav opstået i lande uden for USA

Værtspartnerens nationale kontor bestemmer, hvordan kravene skal behandles i det pågældende land. Deltagere og værtsfamilier skal kontakte det nationale kontor for at få oplysninger om, hvordan de skal indberette erstatningskrav.

ICSP bruger en tredjepart til at administrere erstatningskrav i Europa: Aon Consulting, Admiraliteitskade 62, Rotterdam, Holland. Aon Consulting kan kontaktes i almindelig kontortid, og de besvarer spørgsmål om dækning på telefon (31) (10) 448-8238. E-mail: afs@aon.nl

Desuden hjælper Aon Consulting med at koordinere sygeforsikring for EU-deltagere, som rejser i lande med EU-forsikringsordninger. Disse deltagere skal derfor kontakte AON, så snart de får behov for en lægelig eller medicinsk ydelse, således at AON kan sørge for, at kravet bliver korrekt betalt gennem EU-kanalerne. Ofte skal sådanne aftaler være indgået, før man søger lægehjælp for at være korrekt dækket.

AON administrerer krav i forbindelse med dødsfald eller lemlæstelse, der måtte indtræffe et hvilket som helst sted i verden, ligesom de administrerer de tillægssydelse, der er beskrevet bagerst i brochuren.

Opkald efter kontortid vedrørende erstatningskrav eller dækning kan rettes direkte til GMMI. Telefonnumrene står på siden med AFS-forsikringens hovedpunkter.

Hvis der sker en bilulykke

Hvis en deltager er kommet til skade i en bilulykke, er det vigtigt, at der optages en **rapport**, der skal vedlægges indberetningen af kravet. Rapporten optages normalt af politiet.

Følgende oplysninger skal fremgå af rapporten: navne, adresser og relevante forsikringsoplysninger på alle chauffører, der er involveret i ulykken.

Bemærk: Når der opstår udgifter for deltagere som følge af en bilulykke, er ansvaret for udgifterne ofte reguleret af lokal lovgivning.

I mange lande er en bilforsikring obligatorisk, og derfor vil AFS-forsikringen først søge dækning for betaling af erstatningskrav hos det pågældende forsikringsselskab. Det betyder, at den person(er), der ejer den bil(er), som er involveret i bilulykken, vil blive anmodet af administrator om at opgive deres forsikringsoplysninger.

I USA er følgende ansvarlig for udgifterne:

- Ejeren af bilen, som deltageren var passager i, hvis ulykken fandt sted i en stat med ”lovgivning om objektivt ansvar”
- Hvis ulykken er sket i en stat uden ”lovgivning om objektivt ansvar” vil det være føreren af den bil, som bliver fundet i skyldig i ulykken, der vil være ansvarlig for udgifterne.

Oversigt over dækning af tillægsydelser

AFS sørger for en pakke af tillægsydelser til AFS-deltagere i forbindelse med rejsen. Forsikringen er tegnet hos Insurance Company of the State of Pennsylvania, også kendt som Chartis, og den gælder for alle deltagere i AFS-programmer.

Forsikringsordningen tilbyder 7 former for ydelser, som kan være til hjælp i forbindelse med sygdom eller tilskadekomst under rejsen, som ikke er dækket af AFS-forsikringen:

1. AD&D	USD 10.000	En ydelse der udbetales ved dødsfald. Mindre ydelser der udbetales for andre former for skader, f.eks. tab af lemmer eller førlighed. Der udbetales også ydelser i forbindelse med koma og lammelse.
2. Akut tandlægebehov	op til USD 500	For tandlægebehandling til smertelindring.
3. Akut behov for besøg af pårørende	op til USD 5.000	Flybillet og/eller kost og logi for nærmeste familiemedlem til at besøge en deltager, der er hospitalsindlagt i 24 timer eller derover.
4. Rejseafbrydelse	op til USD 5.000	Flybillet for deltager til at rejse hjem i tilfælde af livstruende sygdom, kvæstelser eller dødsfald i den nærmeste familie.
5. Efterforsikring	op til USD 100.000	Dækker udgifter til lægebehandling og medicin i op til et år efter hjemkomsten til hjemlandet som følge af en ulykke (men ikke sygdom undtagen endemisk sygdom), der er pådraget under deltagelse i et AFS-program.
6. Permanent uarbejdsdygtighed	op til USD 100.000	Ydelse for permanent og total uarbejdsdygtighed som følge af en ulykke (ikke sygdom undtagen endemisk sygdom), der fandt sted medens den forsikrede deltog i et AFS-program.
7. Hjælp i forbindelse med ulykkestilfælde og traumer	op til 10 behandlinger maksimum USD 100 pr. behandling	Tilbydes deltager og /eller familiemedlemmer, som følge af en dækket ulykke eller endemisk sygdom, som deltageren har pådraget sig.

Tillægsydelseerne ydes ud over den dækning, der er omfattet af AFS-forsikringen. Vilkår og betingelser for dækning af disse ydelser er forskellige fra vilkår og betingelser for AFS-forsikringen, som dækker udgifter til lægebehandling og medicin, sygetransport og hjemtransport. Deltageren skal ikke betale selvrisko.

Tillægsydelseerne giver "sekundær" dækning og skal ikke udbetales, hvis der er en primær forsikring enten i form af en privat forsikring eller en offentlig sygesikring.

Alle 7 tillægsydelser er underlagt de undtagelser, der er anført bagerst i brochuren. Nogle undtagelser gælder specifikt for visse ydelser.

En mere detaljeret beskrivelse af de 7 ydelser fremgår af følgende oversigt:

1. Akut dødsfald og lemlæstelse (AD&D⁴)

I tilfælde af en deltagers død vil tillægsforsikringen sørge for en ydelse på USD 10.000 ud over grænsen for dækkede udgifter til lægebehandling og medicin. Bemærk: Dækningen ved akut dødsfald udbetales kun som følge af en skade, der er sket inden for 365 dage efter en dækket ulykke. Der udbetales ingen hjælp i forbindelse med skader forårsaget af sygdom, undtagen endemisk sygdom. En endemisk sygdom er en sygdom, som udelukkende er knyttet til en bestemt egn eller folk, som bor der, hvor deltageren har opholdt sig, f.eks. malaria.

I tilfælde af tab af lemmer, øjne, hørelse eller tale, eller en kombination af disse tab, sørger tillægsforsikringen for en ydelse på op til USD 10.000, afhængig af skadens nøjagtige art og baseret på den betalingsordning, der står anført i forsikringspolicyen. Kontakt det nationale AFS-kontor for at få nærmere oplysninger om sådanne skader samt oplysninger om ydelser i forbindelse med koma, lammelse, tilpasning af hjem/bil.

Lammelse : AD&D-ydelsen betaler 100% af AD&D-ydelsen i tilfælde af fuldstændig og irreversibel quadriplegi (lammelse i alle 4 ekstremiteter) som følge af en dækket skade, herunder tilskadekomst eller endemisk sygdom. Den betaler 75% af ydelsen i tilfælde af paraplegi (fuldstændig og irreversible lammelse af underekstremiteterne) eller hemiplegi (fuldstændig og irreversible lammelse af den ene side af kroppen). Hvis der også skal udbetales en uarbejdsdygtighedsydelse, der stammer fra den samme ulykke, kommer ydelsen i forbindelse med lammelse ikke i anvendelse.

Forbryderisk overfald: Der udbetales en ydelse på USD 5.000 for en skade, der er opstået som følge af en voldsforbrydelse eller et forbryderisk overfald. Der skal optages en politirapport, hvoraf det fremgår, at der er tale om et forsætligt overfald. Forbrydelsen skal klassificeres som særlig grov på det sted, hvor overfaldet fandt sted, f.eks. et faktisk røveri eller holdup eller forsøg herpå. Dækningen omfatter ikke overfald begået af deltageren, et familiemedlem eller et medlem af samme husstand.

Ændringer i hjem og bil: Der udbetales en ydelse på USD 5.000, når den forsikrede lider en dækket skade, bortset fra at miste livet, som er en direkte følge af en dækket ulykke, og som kræver indretninger eller tilpasning af hjem eller bil, for at den forsikrede kan leve et liv uafhængigt af andre. Dette behov skal være opstået inden for et år efter datoen for den dækkede ulykke, og den forsikrede må ikke have haft behov for sådanne tilpasninger før. Udgifterne skal direkte tilskrives de ændringer, der er strengt nødvendige.

Bemærk: AD&D-ydelsen dækker ikke skader som følge af sygdom; herunder legemlig eller mental svaghed, bakteriel eller viral infektion eller lægebehandling eller kirurgiske indgreb. Undtaget herfra er bakteriel infektion som følge af et udvortes snitsår eller sår eller indtagelse af forurenede fødevarer ved et uheld.

2. Akut behov for tandlægebehandling:

Giver dækning på op til USD 500 til øjeblikkelig smertelindring. Dækningen gælder i 30 dage, efter at den dækkede sygdom eller ulykke er indtruffet. Udgifterne kan betales for op til 26 uger fra sygdommens eller ulykkens indtræden.

Lindring af smerter og infektion i tænderne og lindring af smerter og infektion i tandgummerne er dækket, herunder også behandling af bylder og indeklemte visdomstænder.

⁴ Accidental Death & Dismemberment

De fleste tandbehandlinger så som tandfyldninger, kroner eller broer er ikke dækket, med mindre behandlingen er nødvendig som en direkte lindring af smerter. Regelmæssig tandpleje og amalgamfyldninger er ikke dækket.

Serviceydelser, materialer eller behandling, herunder hospitalsindlæggelse, som ikke er anbefalet, godkendt og ordineret som lægeligt nødvendig, er ikke dækket. Behandling udført af et familiemedlem er ikke dækket, ej heller udgifter, som ikke ville blive betalt, hvis denne forsikring ikke eksisterede.

Regelmæssig tandpleje og behandling er ikke dækket. Beskadigelse eller tab af tandreguleringsbøjler el.lign. er ikke dækket. TMJ eller TMD eller dermed forbundne sygdomme er ikke dækket.

Skade på sunde, naturlige tænder forårsaget af en ulykke er dækket af AFS-forsikringen inden for forsikringens grænser, så længe udgiften i den forbindelse er en direkte følge af en dækket skade.

Fjernelse af visdomstænder er dækket af forsikringen med mindre tænderne fjernes for at forhindre at en infektion spreder sig. I dette tilfælde henvises til AFS-forsikringen.

Se den samlede oversigt over undtagelser, som gælder for denne ydelse bagerst i brochuren.

3. Besøg af pårørende

Denne ydelse dækker rejseudgifter på op til USD 5.000 og/eller indkvartering for et nært familiemedlem for at kunne besøge en deltager, som har været indlagt på et hospital i mere end 24 på hinanden følgende timer på grund af en dækket skade eller sygdom, og hvor lægen mener, at det vil være gavnligt at have et familiemedlem ved deltagerens side.

I tilfælde af alvorlig skade eller sygdom, hvor deltagerens liv er i fare, kan ydelsen udvides til at omfatte 2 familiemedlemmer. Ydelsen afhænger af administrators godkendelse og beløber sig til højst USD 5.000.

Ved "nært familiemedlem" menes en person, som er beslægtet med deltageren på en af følgende måder: ægtefælle, svoger, svigerinde, svigersøn, svigerdatter, svigermoder, svigerfader, forælder (herunder stedforælder), broder eller søster (herunder stedbroder eller stedsøster) eller barn (herunder lovligt adopteret barn eller stedbarn), barnebarn eller bedsteforælder.

Alle rejseaftaler skal gå gennem AFS' partner og godkendes af administrator, AON, for at opnå dækning.

4. Rejseafbrydelse

Denne ydelse dækker flybillet på op til USD 5.000 og/eller billet til landtransport (så som bus eller tog), og den ydes, når en deltager er nødt til at rejse hjem, fordi et nært familiemedlem er afgået ved døden eller ifølge en læges udtalelse har pådraget sig en livstruende sygdom eller tilskadekomst. Sygdommen eller tilskadekomsten skal være af så alvorlig en karakter, at den med rimelighed kan retfærdiggøre en afbrydelse af rejsen.

Ydelsen gives også til returtransport på økonomiklasse, således at deltageren efter AFS' afgørelse kan vende tilbage til AFS-programmet. Udgiften til hjemrejse og tilbage igen må ikke overstige USD 5.000⁵.

⁵ Deltagere der tager på AFS-ophold gennem AFS i Danmark vil i disse tilfælde være dækket gennem den supplerende forsikring tegnet gennem Europæiske Rejseforsikring A/S (se forsikringsbetingelser for dette).

Ved "nært familiemedlem" menes en person, som er beslægtet med deltageren på en af følgende måder: ægtefælle, svoger, svigerinde, svigersøn, svigerdatter, svigermoder, svigerfader, forælder (herunder stedforælder), broder eller søster (herunder stedbroder eller stedsøster) eller barn (herunder lovligt adopteret barn eller stedbarn), barnebarn eller bedsteforælder.

Denne ydelse kan også benyttes, når deltageren er syg eller er kommet til skade, er overført med sygetransport til et behandlingssted, og skal fortsætte hjemrejsen fra behandlingsstedet.

Alle rejseaftaler skal ske gennem AFS' partner, og de skal godkendes af administrator, AON, for at opnå dækning. Enhver eksisterende billet skal bruges først.

5. Efterforsikring

Denne forsikring dækker berettigede udgifter til lægebehandling og medicin på op til USD 100.000. Den dækker udgifter, som en deltager har op til et år efter at være vendt tilbage til hjemlandet, når de skyldes skader, der er opstået i forbindelse med en dækningsberettiget ulykke eller en endemisk sygdom, der er pådraget under deltagelsen i et AFS-program.

Der skal være tale om behandling af tilbagefald eller fortsættelse af behandling for en skade eller en endemisk sygdom, som stammer fra deltagelse i et AFS-program. For eksempel hvis en deltager brækker en arm, mens hun eller han deltager i et AFS-program og bliver opereret, eller en læge anbefaler behandling ved hjemkomsten til hjemlandet. Sådanne udgifter kan dækkes af denne ydelse.

Udgifter, der opstår som følge af sygdom under deltagelse i et AFS-program, dækkes ikke, med mindre det drejer sig om en endemisk sygdom. En endemisk sygdom er en sygdom, som udelukkende er knyttet til en bestemt egn eller folk, som bor der, hvor deltageren har opholdt sig, f.eks. malaria. De første udgifter skal indfinde sig, inden der er gået 90 dage fra den dækkede sygdoms indtræden. Alle tilstande, tilbagevendende symptomer el.lign. i forbindelse hermed vil blive betragtet som én dækket sygdom.

Følgende udgifter er dækket af efterforsikringen:

- Udgifter til hospitalsophold, kost, sygepleje og andre serviceydelser, herunder professionelle serviceydelser, med undtagelse af personlige serviceydelser af ikke-lægelig karakter, og forudsat at udgifterne ikke overstiger gennemsnitsprisen for et hospitalsophold med kost på en flersengsstue.
- Udgifter til diagnose, behandling og kirurgiske indgreb foretaget af en læge.
- Udgifter til anæstetika og indgivelsen heraf.
- Udgifter til medicinsk behandling, røntgenundersøgelser, laboratorieprøver og -serviceydelser, brug af radium og radioaktive isotoper, ilt, blodtransfusioner, respirator og lægebehandling.
- Udgifter til lægeordineret fysioterapi til behandling af en specifik lidelse, udført af en autoriseret fysioterapeut.
- Udgifter til hotelværelse, når en AFS-deltager, hvis tilstand kræver hospitalsindlæggelse, skal tilses af en kvalificeret læge på et hotelværelse, fordi der ikke er et hospitalsværelse til rådighed på grund af manglende kapacitet, afstand eller lignende omstændigheder, som den forsikrede ikke er herre over.
- Bandager og medicin, som kun kan fås på recept udskrevet af en læge.

I nogle tilfælde tilbyder tillægsydelseerne ikke så omfattende en dækning som AFS-forsikringen. For eksempel ville udgifterne i forbindelse med en skade forårsaget af alkoholforgiftning blive dækket af AFS-forsikringen. Sådanne udgifter ville ikke blive dækket af efterforsikringen.

Dækningen omfatter skader, der opstår under "aktiviteter under deltagelsen i et program, der er sponsoreret af AFS". Dækningen udelukker krav, der ikke anses for at have direkte forbindelse med AFS-aktiviteter (f.eks. forretningsprojekter, der ikke har forbindelse med et AFS-program eller en værtsfamilies aktiviteter).

Efterforsikringen dækker kun sygdom, der skyldes en endemisk sygdom. Den dækker ikke andre sygdomme eller infektioner end bakteriel infektion efter et snitsår eller et sår eller indtagelse af forurenede fødevarer ved et uheld.

Behandling af følgende sygdomme dækkes ikke: Hernia, Osgood-Schlatter's Disease (som forårsager smerter i benene hos teenagere), osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, hjertesygdom eller -tilstande, patologiske frakturer, medfødte svagheder, nethindeløsning, med mindre det skyldes en ulykke, eller behandling af mentale eller nervemæssige lidelser, uanset om de er forårsaget af en dækningsberettiget ulykke eller ej. Udgifter til behandling af temporomandibulær eller craniomandibulær leddysfunktion og dermed forbundne myofaciale smerter dækkes ikke.

Udgifter i forbindelse med graviditet, fødsel, ikke fremkaldt abort eller fremkaldt abort er ikke dækket, og det er kosmetiske operationer heller ikke, undtagen hvis der er tale om en nødvendig, kirurgisk genopretning efter en ulykke. Selvmord eller forsøg på selvmord er ikke dækket.

Efterforsikringen dækker ikke skader, der er opstået, mens deltageren er beruset, eller under indflydelse af medicin, eller narkotika undtagen efter en læges godkendelse og ordinerings.

Se bagerst i brochuren hvilke andre udgifter, der ikke dækkes af efterforsikringen.

6. Permanent uarbejdsdygtighedsforsikring:

Der ydes en hjælp på op til USD 100.000 for permanent og total uarbejdsdygtighed på grund af en ulykke, der er sket under deltagelsen i et AFS-program. Der udbetales ingen ydelser for uarbejdsdygtighed på grund af sygdom, med mindre sygdommen er opstået som en følge af en endemisk sygdom. En endemisk sygdom er en sygdom, som udelukkende er knyttet til en bestemt egn eller folk, som bor der, hvor deltageren har opholdt sig, f.eks. malaria.

Permanent, total uarbejdsdygtighed betyder, at en deltager på grund af en skade fra en dækket ulykke som sker - eller en endemisk sygdom som pådrages - under deltagelsen i et AFS-program, ikke kan udføre de aktiviteter, der er normale for en person på samme alder og af samme køn, og forventes at forblive uarbejdsdygtig for resten af livet, som attesteret af en læge. Der er ingen dækning for uarbejdsdygtighed, som er permanent, men ikke total, eller for uarbejdsdygtighed, som er total, men ikke permanent.

Skader, der skyldes mentale eller nervemæssige lidelser, er ikke dækket. Ydelsen i forbindelse med uarbejdsdygtighed kan udbetales 1 år fra datoen for den ulykke eller den endemiske sygdom, der har forårsaget skaden.

Koma. Der kan udbetales en ydelse på USD 10.000, hvis den forsikrede kommer i koma inden for 31 dage efter en dækket ulykke og fortsat ligger i koma i 31 dage. Koma i forbindelse med andre sygdomme end endemisk sygdom dækkes ikke. Der udbetales 1% af ydelsen hver måned i 11 måneder og en sum en gang for alle efter 12 måneder.

Se bagerst i brochuren hvilke andre tilfælde, der ikke dækkes af uarbejdsdygtighedsydelsen.

7. Hjælp i forbindelse med dødsfald og traumatiske hændelser

Denne ydelse dækker op til 10 behandlinger til højst USD 100 pr. gang. Behandlingerne kan omfatte deltagerens og/eller en eller flere af deltagerens nære familiemedlemmer i forbindelse med en dækket ulykke, som en deltager har været udsat for, og som har forårsaget en skade. Sygdom, med undtagelse af endemisk sygdom, er ikke en dækket forsikringsgrund. Hjælpen skal ydes under en læges ansvar og overvågning eller efter en læges ordre, og dækkes kun, hvis serviceydelsen ville være forbundet med omkostninger, hvis denne ydelse ikke havde eksisteret.

Udgifterne skal være opstået inden for et år efter datoen for den dækkede ulykke eller den endemiske sygdom, der har forårsaget skaden. Ydelsen kan bruges i forbindelse med efterforsikringen.

Ved "nært familiemedlem" menes en person, som er beslægtet med deltageren på en af følgende måder: ægtefælle, svoger, svigerinde, svigersøn, svigerdatter, svigermoder, svigerfader, forælder (herunder stedforælder), broder eller søster (herunder stedbroder eller stedsøster) eller barn (herunder lovligt adopteret barn eller stedbarn), barnebarn eller bedsteforælder.

UNDTAGELSER I FORBINDELSE MED ALLE 7 "TILLÆGSYDELSER":

Følgende undtagelser gælder ud over dem, der er anført under beskrivelsen af de 7 tillægsydelser:

(Bemærk: Disse undtagelser er separate og forskellige fra dem, der gælder for AFS-forsikringen. De er beskrevet i et separat afsnit i brochuren.)

Denne forsikring dækker ikke enhver skade, som enten i sin oprindelse eller omfang, direkte eller indirekte, nært eller fjernt kan henføres til eller er en følge af:

Selv mord eller forsøg på selvmord, mens den forsikrede er ved sin fornufts fulde brug, eller forsøg på selvdestruktion i et øjeblikks sindssyge.

Forsætligt, selvfremkaldt skade (denne undtagelse gælder ikke AD&D-ydelser)

Udgifter, der er betalt af en bilforsikringspolice uden hensyn til skyld (denne undtagelse gælder ikke for AD&D-ydelser).

Skader, der opstår, mens den dækkede person er beruset eller under indflydelse af medicin undtagen efter en læges godkendelse og ordinering (denne undtagelse gælder ikke for AD&D-ydelser).

Hvis den forsikrede begår eller forsøger at begå en forbrydelse.

Gør tjeneste som pilot eller besætningsmedlem om bord på et fly.

Flyvning med fly, der bliver brugt til stunt eller luftakrobatik, kapflyvning, udholdenhedstests, raketdrevne fly, fly til sprøjtning af afgrøder fra luften, flyvning med bannere, inspektion, drivning af kreaturflokke, luftfotografering eller anden form for flyvning, som kræver en speciel tilladelse.

Militærtjeneste.

Sygdomme, der ikke er endemiske sygdomme, undtagen bakterieinfektion efter et udvortes snitsår eller sår eller indtagelse af forurenede fødevarer ved et uheld (denne undtagelse gælder ikke for efterforsikringen)

Behandling, der er udført af en person, som er ansat eller engageret af AFS eller et nært familie- eller husstandsmedlem.

Udgifter dækket af "Workers' Compensation laws" (amerikansk forsikringsordning for arbejdsulykker).

Udgifter i forbindelse med aktiviteter for at tjene penge, som ikke har nogen forbindelse med AFS-programmet.

Valgfri eller eksperimentel kirurgi, undersøgelse, helbredsbehandling eller materialer, der ikke er godkendt og almindeligt brugt efter anerkendte standarder i det land, hvor behandlingen finder sted. Graviditet, børnefødsel, ikke fremkaldt abort, fremkaldt abort eller komplikationer i forbindelse hermed.

Mentale eller nervemæssige lidelser.

Kosmetiske operationer, undtagen hvis der er tale om en nødvendig, kirurgisk genopretning efter en ulykke.

Briller, kontaktlinser, høreapparater, kørestol, tandbøjler, apparater, undersøgelser eller henvisninger hertil eller reparation eller udskiftning af tandreguleringsanordninger

Behandling af hernia, Osgood-Schlatter's Disease, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, hjertesygdom eller -tilstande, patologiske frakturer, medfødte svagheder, nethindeløsning, med mindre det skyldes en ulykke, eller mental forstyrrelse eller psykologisk eller psykiatrisk behandling (undtagen som fastsat af forsikringen), uanset om den er forårsaget af en dækningsberettiget ulykke eller ej.

Temporomandibulær eller craniomandibulær leddysfunktion og dermed forbundne myofaciale smerter.

Skade på eksisterende tandreguleringsudstyr, eller skade på eller tab af broer eller proteser.

Lidelser, som ikke er fremkaldt af en dækket ulykke eller endemisk sygdom

Procedurer som ikke anses for at være lægeligt nødvendige

Udgifter, som ikke ville komme til udbetaling, hvis denne forsikring ikke eksisterede.

Behandling, serviceydelser eller materialer, som forsikringen ikke dækker: Krig eller krigshandlinger, herunder terrorisme, er dækket undtagen i følgende lande: USA, den forsikredes hjemland og lande som Afghanistan, Irak og Iran.

For en fuldstændig beskrivelse af alle vilkår og betingelser som gælder for disse tillægsydelser henvises til policens ordlyd for yderligere detaljer. Dette dokument er tilgængeligt på det nationale AFS-kontor.

Bemærk, at denne brochure er et kort resume af dækningen i henhold til forsikringspolice. Hvis der er uoverensstemmelse mellem forsikringspolice og denne brochure, er det forsikringspolice, der er gældende.

Indberetning af erstatningskrav for tillægsydelser:

Erstatningskrav sendes direkte til Aon i Holland. AON administrerer erstatningskrav for forsikringsselskabet Starr. **Bemærk:** Udgifter i forbindelse med tillægsydelserne skal ikke sendes til GMMI, da de kun administrerer erstatningskrav for AFS-forsikringen, ikke for tillægsydelser.

Erstatninger i forbindelse med tillægsydelserne er i amerikanske dollars. AFS har ikke ansvar for vekslings til andre valuta.

Originale kvitteringer og en beskrivelse af skaden skal ledsage erstatningskravet. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt med en læges udtalelse eller et brev for at underbygge kravet eller yderligere behandling. Erstatningskrav skal sendes til AON inden 90 dage efter skadens indtræden:

Aon Consulting

AFS Claims Team

Ronald Enderman

Admiraliteitskade 62, Rotterdam

Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam, **Holland**

email: **afs@aon.nl**

telefon: (31) 10 448 82 38

fax: (31) 10 448 87 24

Bemærk: Erstatningskrav, der er indsendt senere end 90 dage efter skadens indtræden, ikke kan imødekommes.