

























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 tilskadkommen 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 brochuren<sup>3</sup>.

---

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



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 atteret 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. 36<sup>th</sup> Street  
Davie, FL 33328

E-mail: [customerservice@gmmi.com](mailto: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](mailto: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](http://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 tillægsydelse, 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:

<b>1. AD&amp;D</b>	<b>USD 10.000</b>	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.
<b>2. Akut tandlægebehov</b>	<b>op til USD 500</b>	For tandlægebehandling til smertelindring.
<b>3. Akut behov for besøg af pårørende</b>	<b>op til USD 5.000</b>	Flybillet og/eller kost og logi for nærmeste familiemedlem til at besøge en deltager, der er hospitalsindlagt i 24 timer eller derover.
<b>4. Rejseafbrydelse</b>	<b>op til USD 5.000</b>	Flybillet for deltager til at rejse hjem i tilfælde af livstruende sygdom, kvæstelser eller dødsfald i den nærmeste familie.
<b>5. Efterforsikring</b>	<b>op til USD 100.000</b>	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.
<b>6. Permanent uarbejdsdygtighed op til USD 100.000</b>		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.
<b>7. Hjælp i forbindelse med ulykkestilfælde og traumer</b>	<b>op til 10 behandlinger maksimum USD 100 pr. behandling</b>	Tilbydes deltager og /eller familiemedlemmer, som følge af en dækket ulykke eller endemisk sygdom, som deltageren har pådraget sig.

Tillægsydelserne 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.

Tillægsydelserne 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&D<sup>4</sup>)**

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 forsikringspolice. 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 irreversibel lammelse af underekstremiteterne) eller hemiplegi (fuldstændig og irreversibel 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.

---

<sup>4</sup> Accidental Death & Dismemberment

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. 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 nødvendigt, 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 afdøet 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 5.000<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> 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).





























































