



Connecting Lives, Sharing Cultures

Update: 27-nov-18

Medische en additionele verzekering AFS

AFS Interculturele Programma's vzw
H. Consciencestraat 52
2800 Mechelen

Tel: +32 15 79 50 10
Website: www.afsvlaanderen.be

Inhoud

1. Ziektekostenverzekering voor deelnemers aan de AFS-programma's

1.1.	Inleiding.....	6
1.2.	Wat is secundaire verzekering?	6
1.3.	Definities.....	7
1.3.1.	Wat is 'Verzekerd' onder het Medisch Plan.....	7
1.3.2.	Maximaal verzekerd bedrag bij ongeluk of ziekte	7
1.3.3.	Gebied waar verzekering geldig is.....	7
1.3.4.	Aanvang en einde van verzekering.....	7
1.4.	Ziektekostenverzekering.....	10
1.4.1.	Voorbeelden van gedekte ziektekosten krachtens de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers van AFS	10
1.5.	Medische identificatiekaart.....	11
1.6.	Medische hulpdienst.....	11
1.7.	Medische evacuatie.....	12
1.8.	Repatriëringskosten.....	13
1.9.	Uitzonderingen	13
1.9.1.	Regelmatig terugkerende oog- en tandartskosten.....	13
1.9.2.	Kosten voor routine lichamelijk onderzoek of preventieve zorg.....	13
1.9.3.	Wat wordt bedoeld met een vooraf bestaande aandoening?	14
1.9.4.	Overzicht niet-verzekerde kosten.....	14
1.9.5.	Lijst van uitzonderingen op de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers	16
1.10.	Indienen van aanvraag voor ziektekostenvergoeding.....	17
1.10.1.	Claims tijdens verblijf in de V.S.	17
1.10.2.	Claims tijdens verblijf buiten de V.S.....	18
1.10.3.	In geval van een auto-ongeluk.....	18

2. Additionele verzekering voor deelnemers aan de AFS-programma's 20

2.1.	Dood door ongeval en verminking.....	20
2.2.	Dekking bij noodzakelijke tandbehandeling.....	21
2.3.	Reisonderbreking.....	21

2.4.	Familiale hereniging.....	22
2.5.	De zogenaamde "Tail-insurance"	22
2.6.	Permanente invaliditeit.....	24
2.7.	Rouw- en traumaverwerking	24
2.8.	ALGEMENE UITSLUITINGEN VOOR DE ADDITIONELE VERZEKERING	
	25	

Let op: dit pamflet is u aangeboden als een overzicht van de dekking aangeboden door het AFS Medical Plan en is geen verzekeringspolis. Wanneer er enige discrepantie is tussen de verzekeringspolis en dit pamflet, zal de verzekeringspolis gelden.

KENMERKEN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING AFS

Wie is verzekerd?	Deelnemers aan de uitwisselingsprogramma's van AFS
Waar?	Overall ter wereld, behalve in het thuisland van de deelnemer
Hoe lang is de verzekering geldig?	De deelnemer is verzekerd vanaf de aankomst op het internationale vertrekpunt tot de datum waarop men het AFS-programma verlaat of bij terugkeer in het thuisland, als dit eerder plaatsvindt.
Waarvoor is men verzekerd?	<p>Medische, evacuatie- en repatriëringskosten</p> <p>per verzekerd risico max. \$ 1.000.000</p> <p>Eenmalige uitkering bij dood door ongeval \$ 10.000</p>
Eigen risico en bijbetalingen?	Geen
Wat valt niet onder de verzekering? (zie blz. 7-9 voor uitgebreide lijst)	<ul style="list-style-type: none"> - Routine oogonderzoek. Bij een ongeval worden de medische kosten wel terugbetaald. - Routine onderzoek bij tandarts behalve wanneer de behandeling nodig is om de pijn te verlichten of bij een ongeval - Algemeen lichamelijk onderzoek - Lichamelijke onderzoeken in het kader van sport activiteiten, inentingen en vaccinaties - Niet-dringende operaties - Elke vooraf bestaande aandoening, waarvoor binnen de achttien maanden voorafgaand aan het vertrek van de deelnemer een behandeling is gezocht of verstrekt. - Uitzondering – stabiliteit medicatie bij vooraf bestaande aandoening gedurende 45 dagen - zie sectie 1.9.3

<p>Met wie werkt de AFS-partner te samen voor het verwerken van de medische claims?</p>	<p>In de V.S.: GMMI</p> <p>880 SW 145th Avenue, Suite 400 Pembroke Pines, Florida 33027 USA E-mail : customerservice@gmmi.com Phone : 1.888.444.7773 (gratis)</p> <p>Buiten de V.S.: Aon Consulting AFS Claims Team Ronald Enderman Admiraliteitskade 62 Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam The Netherlands E-mail: afs@aon.nl Phone: 31.10.448.8238</p>
<p>Telefoonnr. Noodgevallen: (zie Medische Identificatiekaart)</p>	<p>GMMI</p> <p>In de V.S.: 1-888-444-7773 (gratis)</p> <p>Buiten de V.S.: 1-954-370-6468</p>

1. Ziektekostenverzekering voor deelnemers aan de AFS-programma's

1.1. Inleiding

AFS verstrekt aan deelnemers de Ziektekostenverzekering voor deelnemers, een uitgebreide bijkomende ziektekostenverzekering omdat ziektekosten en -verzekering van land tot land zo sterk verschillen. Het is de bedoeling van het programma te garanderen dat prompte, gepaste medische behandeling overal ter wereld voorhanden is. Als een deelnemer onverwacht verwondingen oploopt of ziek wordt tijdens de AFS-uitwisseling, streeft AFS er naar te garanderen dat de ziektekosten van de deelnemer zijn verzekerd.

Een overzicht van de voorwaarden van de Ziektekostenverzekering voor deelnemers staat vermeld in de deelnemingsovereenkomst. De bedoeling van dit pamflet beoogt een beschrijving te geven van de ziektekosten die al dan niet zijn verzekerd in de voorwaarden van de deelnemersovereenkomst.

De Ziektekostenverzekering van AFS dekt rechtstreekse medische kosten. De verzekeraar is Europ Assistance S.A.Irish Branch.

1.2. Wat is secundaire verzekering?

"Primaire" (of hoofd-) en "secundaire" (of bijkomende) verzekering is een gevestigd begrip in de sector ziektekostenverzekeringen. De Ziektekostenverzekering voor Deelnemers van AFS werkt als een soort bijkomende verzekering, d.w.z. dat deze verzekering uiteindelijk slechts de ziektekosten vergoedt als deze niet eerst door de hoofdverzekering worden vergoed, bijv. door de nationale ziektekostenverzekering of de particuliere verzekering van het eigen gezin.

Door de "kosten verder te verhalen" is AFS in staat de kosten van het eigen ziektekostenprogramma te beperken. Hierdoor is AFS in staat de kosten te blijven betalen in veel gevallen waar de deelnemer geen of onvoldoende hoofdverzekering heeft, of de hoofdverzekering de volledige ziektekosten niet vergoedt.

1.3. Definities

1.3.1. Wat is 'Verzekerd' onder het Medisch Plan

Als wij de term "**verzekering**" hanteren, bedoelen wij de verplichting die AFS op zich heeft genomen om te betalen voor de volgende verzekerde risico's ten behoeve van gerechtigde deelnemers:

- Ziektekosten
- Evacuatie om medische redenen, inclusief ziekentransport per vliegtuig
- Kosten van repatriëring

Een uitleg van elk van deze verzekeringen staat vermeld in een apart deel van het onderhavige pamflet.

Onder "**gerechtigde deelnemer**" wordt een deelnemer verstaan die is toegelaten tot de Interculturele Programma's van AFS.

Een "**verzekerd risico**" is een ongeval of ziekte die niet is uitgesloten in het Medisch Pamflet . Ofschoon de verzekering van AFS zeer breed reikt, is niet elk soort risico gedekt. De lijst van niet vergoede uitzonderingen op de ziektekostenverzekering vindt u in deel 1.9.

1.3.2. Maximaal verzekerd bedrag bij ongeluk of ziekte

Zoals blijkt uit de deelnemersovereenkomst, zijn de AFS-deelnemers verzekerd tot een maximum van US \$ 1.000.000 per verzekerd risico tijdens de duur van hun deelname aan het AFS-programma. Dit is de maximum beschikbare dekking tot het bedrag van de **bij elkaar getelde kosten** voor medische behandeling.

AFS biedt dekking tot een maximaal bedrag van \$ 1.000.000 per verzekerd risico. Maar mocht een deelnemer meer dan één ongeluk of ziekte overkomen dan is het maximale dekkingsbedrag weer van toepassing op ieder risico.

Er is ook een maximale dekking van € 1.000.000 voor ambulante medische evacuatie en \$ 100.000 voor repatriëringskosten.

1.3.3. Gebied waar verzekering geldig is

De Ziektekostenverzekering voor Deelnemers geldt overal ter wereld. Het enige gebied waar de verzekering niet geldt, is het thuisland van de deelnemer.

1.3.4. Aanvang en einde van verzekering

De deelnemer is verzekerd vanaf het moment van aankomst op het internationale vertrekpunt van het AFS-programma, bv. een luchthaven. Zolang de deelnemer blijft deelnemen aan het AFS-programma, heeft hij of zij recht op verzekering krachtens de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers.

Indien er een AFS oriëntatie plaatsvindt achtenveertig uur voor het internationale vertrek dan valt hij of zij onder de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers voor medische kosten gemaakt ten gevolge van een ongeval. Deze dekking is secundair d.w.z. dat er eerst beroep wordt gedaan op de nationale ziekteverzekering (mutualiteit) of de particuliere verzekering van het zendgezin.

Indien een deelnemer tijdens de AFS oriëntatie achtenveertig uur voor het internationaal vertrek ziek valt dan zal de medische noodevacuatie gedekt worden door de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers. De kosten voor de medische behandeling vallen onder de nationale verzekering (mutualiteit) of particuliere verzekering van de zendouders. Bv. Blindedarmontsteking tijdens AFS oriëntatie - ambulante medische zorgen/ambulance naar het ziekenhuis worden vergoed door de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers maar de medische kosten voor de behandeling van de blindedarmontsteking valt onder de verzekering van het zendgezin.

Let op: de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers garandeert enkel betaling van de medische kosten of medische noodevacuatie in de achtenveertig uur voor vertrek tijdens een AFS oriëntatie indien de zekerheid bestaat dat de deelnemer zijn programma zal volbrengen in het gastland.

Zodra de deelnemer op het internationale vertrekpunt aankomt, geldt de volledige dekking van de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers.

Deelname aan het AFS programma betekent dat de activiteiten onder dit programma door de AFS deelnemer worden uitgevoerd. Deelnemers zijn verplicht om naar school te gaan of de taken binnen hun project of andere gestructureerde activiteiten uit te voeren op een fulltime basis, zoals vermeld in de programma beschrijving.

Andere vereiste activiteiten zijn actieve participatie in het gastgezin, het bijwonen van lokale en regionale evenementen van AFS en engagement bij typische buitenschoolse en sociale activiteiten. De uiteindelijke beslissing of de deelnemer in het programma kan blijven participeren berust bij AFS.

De verzekering eindigt op de datum waarop de deelnemer het AFS-programma verlaat of bij terugkeer naar het thuisland, indien dit eerder plaatsvindt. Zodra de deelnemer het AFS programma heeft verlaten of naar huis is teruggekeerd, wordt de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers beëindigd en worden zijn of haar medische kosten de verantwoordelijkheid van het zendgezin, zelfs wanneer het gaat om een ongeval, kwetsuur of ziekte opgelopen tijdens het AFS programma.

Om die reden moet het eigen gezin zich er vóór het vertrek van de deelnemer aan het AFS-programma van vergewissen dat er in het thuisland andere verzekering of medische behandeling beschikbaar is indien hun kind na terugkeer medische hulp nodig heeft.

Wellicht kan men geen verzekering meer krijgen als de deelnemer reeds ziek is of gewond is, aangezien men dit als een vooraf bestaande aandoening zou kunnen beschouwen. **Om die reden adviseert AFS met klem dat de eigen ouders de verzekering voor hun kind aanhouden terwijl hij/zij aan het AFS-programma deelneemt.**

Het 'Tail Medical' voordeel helpt om een beperkt gedeelte van kosten te dekken die voortkomen uit ongelukken of endemische ziektes die tijdens het programma opgelopen werden maar die nog steeds medische kosten met zich meebrengen na de terugkeer naar huis. Zie voor meer uitleg in het tweede deel van dit pamflet.

1.4. Ziektekostenverzekering

Ziektekosten hebben betrekking op de kosten die een gerechtigde deelnemer maakt ter verkrijging van de juiste medische behandeling tijdens deelname aan het AFS-programma. AFS is slechts verantwoordelijk voor de ziektekosten van verzekerde risico's, indien deze ongelukken of ziekten niet zijn uitgesloten van de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers van AFS.

1.4.1. Voorbeelden van gedekte ziektekosten krachtens de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers van AFS

- Opname ziekenhuis (kamer, gebruik operatiekamer, intensive care ...)
- Kosten in verband met diagnose, behandeling en chirurgische ingrepen vastgesteld door erkende artsen, osteopaten, ...
- Anesthesie
- Röntgenopnamen en laboratoriumonderzoeken
- Kinesitherapie
- Erkende chiropractor
- Medicijnen, protheses en therapeutische behandelingen mits een attest van een erkende arts, chirurg,...
- Ambulance dienst

Hou er rekening mee dat er max. 12 sessies door de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers worden terugbetaald voor behandeling bij:

- o Chiropractor
- o Psychische zorgen
- o Revalidatie (fysiek, spraak of beroepsmatig)

Raadpleeg deel 1.9 van dit pamflet voor uitzonderingen en onkosten die **niet** onder de verzekering vallen.

De additionele verzekering voor deelnemers aan AFS programma's biedt specifieke voordelen aan die zowel van toepassing kunnen zijn bij gevallen van mishandeling als bij coma ten gevolge van een ongeval. Traumabehandeling is ook voorzien in deze additionele verzekering. Voor meer specificaties zie de beschrijving in het tweede deel van dit pamflet.

Het is de verantwoordelijkheid van het eigen gezin de verzekering te regelen voor de ziektekosten van de deelnemer die niet vallen onder de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers van AFS. Als AFS deze kosten betaalt bij wijze van hulp aan de deelnemer ten tijde van ziekte of ongeval, dienen de natuurlijke ouders deze terug te betalen aan AFS.

1.5. Medische identificatiekaart

AFS verstrekt een medische identificatiekaart aan de deelnemers die men kan tonen als bewijs dat men een ziektekostenverzekering heeft. Op de kaart staat een telefoonnummer vermeld dat 24 uur per dag bereikbaar is dat de arts of het ziekenhuis kan bellen om te verifiëren of de gerechtigde deelnemer inderdaad verzekerd is, indien het nationale kantoor in het gastland gesloten is of indien er een medisch noodgeval bestaat.

1.6. Medische hulpdienst

Teneinde aan de verplichtingen jegens de deelnemers te voldoen, is AFS een samenwerking aangegaan met GMMI, die medische hulp aan reizigers verstrekt. GMMI helpt AFS overal ter wereld medische behandeling en ziekenverzorging *te verkrijgen of te beoordelen*, en helpt ook bij het regelen van medische evacuatie, indien nodig.

Het verkrijgen van medische behandeling betekent het opsporen van het juiste personeel en de juiste instelling voor de behandeling van de medische aandoening van de deelnemer tijdens het verblijf in het gastland. Dit omvat ook het verkrijgen van medische evaluaties of de deelnemers voorzien van medicijnen tijdens de duur van hun deelname aan het AFS-programma.

Het beoordelen van medische zorg betekent dat bepaald moet worden of de instelling in het gastland waar de deelnemer wellicht al in het ziekenhuis ligt, de juiste behandeling verstrekt. Dit kan inhouden dat men alternatief advies moet inwinnen van een plaatselijke arts of van een arts in dienst van het hulpnetwerk.

GMMI is tegelijkertijd de beheerder van de claims en de aanbieder van medische ondersteuning voor AFS. GMMI heeft wereldwijd en 24u/24u toegang tot medische expertise. Zij vormen een aanvulling op het bestaande internationale netwerk van AFS-partners en vrijwilligers als er een medische kwestie aan de orde komt. Dit medische netwerk stelt AFS International, de AFS-partner in het gastland en in het thuisland in staat om in noodgevallen met medische specialisten te overleggen. Gezamenlijk kan men ook een beoordeling krijgen over het desbetreffende geval terwijl men de ontwikkelingen in de gaten houdt.

In het geval dat een deelnemer voor meer dan 24 opeenvolgende uren wordt gehospitaliseerd en met aanbeveling van de arts, voorziet de additionele verzekering in een voordeel dat toestaat dat een familielid kan reizen naar de deelnemer. Zie de beschrijving in het tweede deel van dit pamflet.

Als men voor de deelnemer een andere medische behandeling of een andere instelling aanbeveelt, regelt het hulpnetwerk de overplaatsing van de deelnemer in het gastland of naar een instelling in het thuisland van de deelnemer.

1.7. Medische evacuatie

Medische evacuatie heeft betrekking op de vervoerskosten van een ernstig zieke deelnemer en soms van een op medisch voorschrift gelaste begeleider. In dit soort gevallen keert de deelnemer meestal terug naar zijn/haar thuisland. Zodra de deelnemer naar huis of naar de vereiste medische instelling is overgebracht, betekent dit tevens het einde van de deelname aan het AFS-programma en de beëindiging van de ziektekostenverzekering.

In het geval dat een deelnemer die het programma heeft verlaten omwille van een medische evacuatie of medisch ontslag, van AFS toestemming krijgt terug bij het programma aan te sluiten, zijn de reiskosten hiervoor niet gedekt door de Ziektekostenverzekering. Deze kosten zijn ten laste van de natuurlijke familie van de deelnemer.

Soms moet men de deelnemer in het gastland naar een andere instelling overbrengen zodat de deelnemer gepaste medische behandeling kan ontvangen terwijl hij/zij aan het AFS-programma verbonden blijft. AFS betaalt slechts voor de medische kosten na deze evacuatie indien de deelnemer actief betrokken kan blijven bij de activiteiten van het AFS-programma.

In zeldzame gevallen kunnen medische deskundigen voorstellen dat de deelnemer wordt overgebracht naar een instelling die noch in het thuisland noch in het gastland is gelegen. AFS beschouwt dit geval als een beëindiging van het verblijf van de deelnemer: AFS betaalt de kosten van de medische evacuatie maar de ziektekostenverzekering houdt op zodra de deelnemer is overgebracht naar de medische instelling, terwijl de ziektekosten weer ten laste komen van de eigen ouders van de deelnemer.

De additionele verzekering biedt een voordeel dat nuttig kan zijn wanneer een zieke of verwonde deelnemer al geëvacueerd is naar een medische faciliteit en naar huis moet terugkeren van daar uit. Meer info in het tweede deel van dit pamflet.

De Ziektekostenverzekering voor Deelnemers verzorgt en draagt de kosten voor de medische evacuatie tot een limiet van \$ 1.000.000 wanneer een arts schriftelijk de evacuatie van de deelnemer gelast. De evacuatie dient geregeld te worden via GMMI . De vervroegde terugkeer van de deelnemer kan plaatsvinden aan boord van een lijnvlucht of aan boord van een speciaal uitgerust straalvliegtuig met medische apparatuur en verplegend personeel. De reiskosten van andere personen of om andere redenen vallen niet onder medische evacuatie.

Indien een deelnemer naar huis moet terugkeren omwille van de medische toestand van een familielid, wordt dit gedekt onder een apart voordeel: het reis onderbrekingsvoordeel. Dit wordt beschreven in het tweede deel van dit pamflet.

1.8. Repatriëringskosten

Men zij erop gewezen dat de kosten van repatriëring niet de medische evacuatie of andere reguliere reiskosten omvatten; zij betreffen speciale reisregelingen die getroffen moeten worden als een krachtens het programma verzekerde persoon overlijdt. In dat geval treft AFS de nodige maatregelen via GMMI. Het verzekeringsprogramma van AFS vergoedt de repatriëringskosten tot \$ 100.000 als deze zijn voortgekomen uit een verzekerd risico.

1.9. Uitzonderingen

Niet alle ziektekosten vallen onder de verantwoordelijkheid van de Ziekteverzekering voor Deelnemers. Het is bijvoorbeeld niet de bedoeling dat bepaalde kosten, zoals de kosten die de deelnemers kunnen voorzien, verkiezen of controleren, vallen onder en vergoed worden krachtens de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers.

Verder zijn kosten die medisch niet noodzakelijk worden geacht ook niet gedekt. De Ziektekostenverzekering voor Deelnemers is bedoeld als verzekering voor onverwachte medische behandelingskosten en kosten voor medicijnen en andere artikelen die een arts noodzakelijk verklaart voor de genezing van de deelnemer.

Bovendien kan men zich voor bepaalde kosten niet verzekeren omdat men deze niet afdoende kan beoordelen, zoals oorlogsgevaar in het thuisland van de deelnemer.

De uitsluiting van verlies dat voortkomt uit oorlog of oorlogsdaden is echter niet van toepassing op verlies dat voortkomt uit terrorisme.

1.9.1. Regelmatig terugkerende oog- en tandartskosten

Zoals beschreven in de deelnemersovereenkomst, is AFS niet verantwoordelijk voor bepaalde soorten ziektekosten die men in het dagelijks leven kan verwachten. Hieronder vallen regelmatig oogonderzoek, een bril of contactlenzen. Dit betekent eveneens dat men niet verzekerd is voor tandartskosten tenzij deze het gevolg zijn van een ongeluk, zoals aanbevolen door een arts. Hierin is de dekking van een chirurgische ingreep voor het verwijderen van wijsheidstanden inbegrepen wanneer deze nodig is om de verspreiding van een infectie te vermijden.

De additionele verzekering biedt een beperkt voordeel bedoeld voor het verlichten van pijn (zie de beschrijving verderop).

1.9.2. Kosten voor routine lichamelijk onderzoek of preventieve zorg

AFS is evenmin verantwoordelijk voor routine lichamelijk onderzoek, inentingen, vaccinaties of onderzoeken, zelfs indien een onderwijsinstelling deze vereist. Van de deelnemers en/of de natuurlijke ouders wordt rechtstreekse betaling van deze kosten verwacht. Als het gastgezin of AFS deze kosten betaalt, zal AFS trachten terugbetaling te verkrijgen van het natuurlijke gezin.

1.9.3. Wat wordt bedoeld met een vooraf bestaande aandoening?

Zoals reeds aangegeven in de deelnemersovereenkomst is AFS evenmin verplicht om ziektekosten te vergoeden die voortkomen uit een vooraf bestaande aandoening. Een vooraf bestaande aandoening wordt gedefinieerd als een aandoening waarvoor men behandeling heeft gezocht of waarvoor men al behandeld is in een periode van 18 maanden voor de vertrekdatum gesteld binnen het AFS-programma.

Indien er gedurende een periode van 45 dagen voor aankomst in het gastland geen wijziging is vastgesteld in het voorschrijven van medicatie ter behandeling van een reeds bestaande ziekte m.a.w. er kan vastgesteld worden dat de medische toestand stabiel is dan kan men in overweging nemen om deze ziekte als een 'niet vooraf bestaande aandoening' te beschouwen.

Ter verduidelijking - een persoon met diabetes waarbij de toe te dienen insuline stabiel blijft gedurende 45 dagen voor aankomst in het gastland kan onder het medisch plan vallen wanneer er zich een medische urgentie voordoet ten gevolge van diabetes. De verwachte kosten zoals de aankoop van de insuline worden niet terugbetaald maar wel de medische behandelingskosten voor een ziekte/ongeval ten gevolge van suikerziekte.

Als AFS betaalt voor de ziektekosten waarvan is vastgesteld dat zij het gevolg zijn van een vooraf bestaande aandoening, zal AFS terugbetaling eisen van het natuurlijke gezin. Als een deelnemer een aandoening heeft die als vooraf bestaand geldt, dient het natuurlijke gezin een regeling te treffen voor eventuele betalingen tijdens het verloop van het AFS-programma in verband met deze aandoening. Als er een verzekeringspolis van kracht is waarbij men voor de aandoening verzekerd is, moet het natuurlijke gezin de verzekering gedurende het gehele AFS-programma in stand houden.

1.9.4. Overzicht niet-verzekerde kosten

- Routine oogonderzoek
- Routine tandartsbezoek
- Routine lichamelijk onderzoek
- Schoolarts onderzoek
- Inentingen
- Vaccinaties
- Vooraf bestaande aandoeningen
- Anticonceptie
- Regelmatige medische controles bij chronische aandoeningen

Uitsluiting voor niet-dringende operaties

De Ziektekostenverzekering voor Deelnemers dekt alleen operaties die vereist zijn als gevolg van een medisch noodgeval. Een noodgeval is een ernstige aandoening die onmiddellijk ambulante zorgen vereist om zo de patiënt niet in levensgevaar te brengen. Niet-spoedchirurgie wordt gedefinieerd als electieve chirurgie d.w.z. een operatie die gepland kan worden na afloop van het AFS-programma van de deelnemer. Dus een chirurgische ingreep die niet als urgent of als noodgeval wordt beschouwd.

Een voorbeeld hiervan zijn enkele orthopedische operaties m.b.t. sportblessures. Als er een vraag is of een operatie voldoet aan de criteria voor noodgevallen dan zal de beslissing worden genomen door GMMI in overleg met de behandelende arts van de deelnemer van AFS.

1.9.5. Lijst van uitzonderingen op de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers

1. Diensten of behandeling die als niet noodzakelijk of redelijk worden gezien door een dokter
2. Ziektekosten opgelopen in het thuisland van de deelnemer of van deelnemers die het programma om de een of andere reden hebben verlaten.
3. Tandartsbezoek, behalve als gevolg van een beschadiging aan een gezond, natuurlijk gebit. Operaties met het oog op kaakverwijding of kaakvernauwing zijn ook uitgezonderd.
4. Routine oogonderzoek, inclusief brillen en contactlenzen.
5. Algemeen lichamelijk onderzoek, evenals sportonderzoeken, indien er geen objectieve aanwijzing voor verslechtering van de normale gezondheid bestaat.
6. Niet dringende operaties
7. Inentingen of vaccinaties
8. Vooraf bestaande aandoeningen die bekend zijn en behandeld in de 18 maanden voorafgaand aan de aankomst in de internationale vertreksite (luchthaven of station), inclusief aandoeningen die het innemen van voorgeschreven medicatie vergen, tenzij de aandoening voor dewelke medicatie moet worden ingenomen gedurende een periode van 45 dagen gecontroleerd bleef zonder enige verandering in het voorschrift van de nodige medicatie.
9. Cosmetische ingrepen behalve als het gevolg van een ongeval.
10. Verzorging van baby's
11. Zelfdoding of poging tot zelfdoding
12. Militaire dienst- en trainingen
13. Kosten die worden vergoed door een andere ziektekostenverzekering of overheidsinstelling voor ziektekosten.
14. Electieve abortus
15. Hernia tenzij deze is ontstaan ten gevolge van een ongeval gedurende het AFS programma
16. Kwetsuur of ziekte dewelke men opgelopen heeft door tegen het medisch advies van de behandelende arts in te gaan
17. Latere terugkeer voor andere dan de voorziene gedekte redenen
18. Kosten van niet-medische aard
19. Medische kosten die het gevolg zijn van een oorlog die zich voordoet in de USA of het thuisland van de deelnemer
20. Pilot of optreden als bemanning van een vliegtuig
21. Deltavliegen, paragliding en parachutespringen

1.10. Indienen van aanvraag voor ziektekostenvergoeding

De aanvragen voor ziektekostenvergoedingen worden op twee manieren verwerkt, naar gelang de plaats waar de kosten zijn gemaakt. Ze moeten ingediend worden binnen het jaar waarin de eerste kost gemaakt werd.

1.10.1. Claims tijdens verblijf in de V.S.

Als een deelnemer ziektekosten maakt in de V.S., dient men de arts of het ziekenhuis te verzoeken de oorspronkelijke rekening met het verzekeringsformulier rechtstreeks te sturen aan het verzekeringsadministratiekantoor in de V.S., t.w.:

GMMI (Global Medical Management Inc.)
880 SW 145th Avenue, suite 400
Pembroke Pines, Florida, 33027 USA
E-mail: customerservice@gmmi.com

Als de ziektekosten zijn betaald door de deelnemer of het gastgezin, kan men terugbetaling verlangen door de rekening voor te leggen aan GMMI . In dit geval is het van belang dat men het door AFS afgegeven verzekeringsformulier gebruikt. Men dient er op toe te zien dat het hele AFS-formulier is ingevuld met alle bijzonderheden over de aard van de vereiste behandeling.

Balance billing

De claim administrator, GMMI, onderhandelt zelfs na het leveren van een medische dienst met medische dienstverleners om hun kosten te beperken. Deze diensten gaan vaak akkoord om een deel van hun kost te laten vallen maar soms kunnen zij een deel van de rekening nog nasturen. Deze praktijk heet 'balance billing'. Indien u een rekening ontvangt voor een het geheel of een deel van een dienst waarvan u dacht dat het gedekte was door de Ziektekostenverzekering, informeer dan GMMI. Zend hen een email (customerservice@gmmi.com) met de details van de claim en beschrijf de rekening die u ontving.

GMMI maakt het mogelijk voor AFS families om de rekeningen in te kijken die GMMI heeft ontvangen. U kan ook de rekeningen inkijken die verwerkt zijn voor betaling aan medische dienstverleners.

Indien u een 'balance bill' ontving, kan u aanloggen op de GMMI website op www.gmmi.com. Klik op 'insured patients' in de rechtse hoek bovenaan uw scherm.

Volg de instructies op door de Policy ID (deze staat op het identiteitskaartje dat AFS USA aan de deelnemers bezorgd heeft. Het begint met de drielettercode van je thuisland, voor Vlaanderen is dat BFL), voornaam, familienaam en geboortedatum in te geven voordat u 'View Patient Info' aanklikt.

Op de volgende pagina kan u dan een overzicht zien van alle rekeningen die GMMI ontvangen heeft.

Indien de rekening die u ontvangen heeft voor hetzelfde bedrag voorkomt in de lijst van GMMI, hoeft u verder niets meer te doen.

Indien deze niet voorkomt in de lijst, contacteer dan de verzender van de rekening en informeer hen van het adres van GMMI zodat zij het aan GMMI kunnen bezorgen voor verwerking. Stuur dan a.u.b. een email of fax van de rekening naar GMMI op customerservice@gmmi.com of via fax 1.954.370.8130

Indien u vragen heeft of de online informatie niet kan consulteren, bel dan GMMI op 1.954.370.6468 of 1.888.444.7773

Bellen voor informatie over medische uitgaven in de V.S.

Dokters, gastgezinnen of deelnemers kunnen GMMI telefonisch bereiken over dekking of met klachten via 1.888.4 44.7773. Dit kan tijdens de kantooruren van maandag tot vrijdag van 9:00 tot 16:30.

Voor vragen over medische urgenties in de USA na de kantooruren, bel AFS USA op 1.212.299.9000

1.10.2. Claims tijdens verblijf buiten de V.S.

Het nationale kantoor van het gastland bepaalt hoe claims in dat land worden behandeld.

De claims beheerder in Europa is AON Consulting, Admiraliteitskade 62, Rotterdam, Nederland. Indien het AFS-kantoor in het gastland bepaalt dat u rechtstreeks de medische claims met de claims beheerder moet afhandelen dan kan u hen bereiken **tijdens de kantooruren** op +31.10.448.8238 of via e-mail op afs@aon.nl.

Bijkomend helpt AON Consulting met de coördinatie van de medische verzekering voor EU-deelnemers die reizen in landen met EC verzekeringsovereenkomsten. Neem contact op met AON als medische zorg vereist is voor deze deelnemers zodat zij ervoor kunnen zorgen dat de claim betaald wordt. Deze overeenkomsten moeten vaak op voorhand gemaakt worden.

AON is de beheerder voor alle claims in verband met dood of verminking waar dan ook ter wereld en ook voor de additionele verzekering, waarover meer in het tweede deel van dit pamflet.

1.10.3. In geval van een auto-ongeluk

Als een deelnemer gewond raakt bij een auto-ongeluk, is het belangrijk dat een rapport van het ongeluk bij de informatie van de claim wordt ingesloten. Dit rapport is gewoonlijk opgemaakt door een politiebeambte.

Het politierapport dient de namen, adressen en de betreffende verzekeringsinformatie van alle bij het ongeluk betrokken bestuurders te vermelden.

N.B.: Als medische kosten zijn gemaakt door de deelnemers als gevolg van een auto-ongeluk, is de betalingsverplichting van de onkosten onderhevig aan de plaatselijke wetten.

In een groot aantal landen is autoverzekering verplicht; om die reden tracht de ziektekostenverzekering voor AFS-deelnemers eventuele kosten eerst op die verzekering te verhalen. Dat wil zeggen dat het administratiekantoor voor claims de bij het ongeluk betrokken autobezitter(s) zal vragen om inlichtingen over hun verzekering.

In de V.S. zijn de kosten voor rekening van:

- de eigenaar van het voertuig waarin de deelnemer werd vervoerd, als het ongeluk heeft plaatsgevonden in een staat waar de zogenaamde "no-fault" (geen schuld) wetgeving geldt;
- de autoverzekering van de schuldige autobestuurder, indien het ongeluk is gebeurd in een staat waar de zogenaamde "no-fault" (geen schuld) wetgeving niet geldt.

2. Additionele verzekering voor deelnemers aan de AFS-programma's

Als aanvulling bij de medische verzekering die gedekt wordt door het AFS Medisch Plan, heeft AFS een additionele verzekering afgesloten. Onderstaande zaken zijn gedekt door deze verzekering.

2.1. Dood door ongeval en verminking

Bij overlijden van de deelnemer wordt er bovenop de limiet voorzien voor gedekte medische kosten éénmalig een bedrag uitgekeerd van USD 10.000. Deze dekking is geldig slechts voor een overlijden binnen 365 dagen na een gedekt ongeval. Er is geen uitkering voor een overlijden ten gevolge van een ziekte, met uitzondering van endemische ziektes. Een endemische ziekte is een ziekte die exclusief is voor of beperkt is tot een specifieke locatie of bevolking dat door de deelnemer bezocht werd (bv. malaria).

In het geval van verlies van ledematen, zicht, gehoor of spraak of een combinatie hiervan, is een uitkering voorzien van maximaal USD 10.000, afhankelijk van de exacte aard van het verlies en gebaseerd op het schema van betalingen zoals gestipuleerd in de verzekeringspolis. Contacteer het nationaal AFS-kantoor voor specifieke gegevens over de betalingen voor dit verlies eveneens als voor informatie over coma, verlamming en aanpassingen aan huis en transport.

Verlamming: In geval van volledige en onomkeerbare quadriplegie als resultaat van een gedekt verlies, inclusief verwonding of endemische ziekte wordt 100% van de limiet uitbetaald.

Er wordt 75 % van de limiet uitgekeerd wanneer er paraplegie (volledige en onomkeerbare verlamming van de lage ledematen) of hemiplegie (volledige en onomkeerbare verlamming aan één zijde van het lichaam) is.

In het geval meerdere situaties van toepassing zijn zal slechts één uitkering van toepassing zijn, namelijk de grootste.

Gewelddadige overval: Er wordt USD 5.000 uitgekeerd voor een verlies als gevolg van een gewelddadige misdaad of criminele aanval. Er moet een politierapport opgesteld zijn dat aantoont dat het om een moedwillige aanval ging. De misdaad moet als zware misdaad geklasseerd zijn op de locatie waar de aanval plaats vond (zoals een effectieve of poging tot overval). Deze dekking geldt niet voor een misdaad begaan door de deelnemer, een familielid of een lid van het huishouden.

Aanpassingen aan huis en transport: Er is een uitkering van USD 5.000 in geval de verzekerde een gedekt verlies lijdt, anders dan overlijden, dat een direct resultaat is van een gedekt ongeval en dat aangepaste apparaten vereist of aanpassingen aan de woning of voertuig om een onafhankelijke levensstijl te kunnen volhouden. Deze noden moeten zich voordoen binnen één jaar na de datum van het gedekte ongeluk en de verzekerde mag hiervoor geen nood gehad hebben aan deze aanpassingen.

Kosten moeten rechtstreeks te wijten zijn aan aanpassingen die strikt noodzakelijk zijn.

Noteer dat de uitkering voor dood door ongeval en verminking geen verlies dekt als resultaat van ziekte (tenzij endemische ziektes) inclusief lichamelijke of geestelijke zwakte, bacteriële of virale infectie, medische of chirurgische behandeling (uitgezonderd bacteriële infectie als resultaat van een accidentele externe snee of wonde; of accidentele inname van besmet voedsel).

2.2. Dekking bij noodzakelijke tandbehandeling

Indien een tandartsbehandeling is vereist om de pijn, bijv. kiespijn, te verlichten of er een behandeling nodig is ten gevolge van ongeval dan zijn de medische kosten gedekt tot een maximumbedrag van USD 500. De dekking is geldig tot 30 dagen na de gedekte ziekte of het gedekte ongeval. Kosten kunnen tot 26 weken vanaf de datum van de ziekte of het ongeluk betaald worden.

Verlichting van pijn en infectie van tanden en verlichting van pijn en infectie van tandvlees is gedekt. Dit is inclusief behandeling van abscessen en niet doorgebroken wijsheidstanden.

Verwijdering van niet-doorgebroken wijsheidstanden is gedekt onder dit voordeel tenzij het moet gebeuren om te voorkomen dat een infectie zich verspreid. In dit geval valt de procedure onder de Ziektekostverzekering voor de deelnemer.

Behandelingskosten boven USD 500 of kosten niet voortvloeiend uit voorgenoemde redenen vallen onder de verantwoordelijkheid van de deelnemer en/of de eigen ouders, die voor de betaling hiervan rechtstreeks zorg dienen te dragen. Preventieve tandheelkundige zorg, vervanging van tanden of kiezen, periodieke controles alsmede cosmetische ingrepen worden ook niet door de verzekering gedekt.

Behandeling door een familielid is niet gedekt.

Routinetandzorg en -behandeling is niet gedekt. Schade aan of verlies van orthodontische apparatuur is niet gedekt.

Accidentele verwondingen van gezonde, natuurlijke tanden zijn gedekt door de Ziektekostverzekering voor de deelnemer, zolang de kosten het gevolg zijn van een gedekt risico.

Zie de volledige lijst van uitsluitingen die hierop van toepassing zijn.

2.3. Reisonderbreking

Er is een terugbetaling tot een maximum van USD 5.000 voorzien voor economy vluchtticket en/of trein- of bus ticket. Dit is van toepassing indien de deelnemer moet terugkeren wanneer een nabij familielid gestorven is of een levensbedreigende ziekte of ongeval heeft en door een dokter is vastgesteld. De ziekte of het ongeval moet zo aantastend zijn dat de terugkeer naar huis redelijkerwijs noodzakelijk is.

Het uitgekeerde bedrag dekt ook de terugkeer van de deelnemer naar het AFS programma.

De terugkeer naar huis en de reis terug naar het gastland mogen de limiet van USD 5.000 niet overschrijden.

De term 'nabij familielid' slaat op een persoon die in relatie staat tot de deelnemer op één van volgende manieren: echtgeno(o)t(e), schoonbroer, schoonzus, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (ook stiefouder), broer of zus (inclusief stiefzus en-broer) of kind (inclusief legaal geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind of grootouder (inclusief stief grootouder).

Deze voorwaarde is ook van toepassing wanneer de deelnemer ziek of verwond is, geëvacueerd werd naar een medisch centrum en vandaar moet verder reizen naar huis.

Alle reisregelingen moeten gemaakt worden via het AFS kantoor en goedgekeurd worden door de beheerder, AON, om gedekt te kunnen zijn.

2.4. Familiale hereniging

Dit dekt tot een bedrag van USD 5.000 aan reiskosten en onderdak voor een nabij familielid om een deelnemer te bezoeken die voor meer dan 24 opeenvolgende uren werd gehospitaliseerd door een gedekt risico (ziekte of ongeval) wanneer de arts denkt dat het voor de deelnemer gunstig zou zijn een familielid aan de zijde te hebben.

In het geval van ernstige ziekte of verwonding waarbij er levensgevaar dreigt voor de deelnemer kan dit tot twee familieleden worden uitgebreid. Dit is afhankelijk van de goedkeuring van de beheerder en voor een maximumbedrag van USD 5.000.

De term 'nabij familielid' slaat op een persoon die in relatie staat tot de deelnemer op één van volgende manieren: echtgeno(o)t(e), schoonbroer, schoonzus, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (ook stiefouder), broer of zus (inclusief stiefzus en-broer) of kind (inclusief legaal geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind of grootouder (inclusief stief grootouder)

Alle reisregelingen moeten gemaakt worden via het AFS kantoor en goedgekeurd worden door de beheerder, AON, om gedekt te kunnen zijn.

2.5. De zogenaamde "Tail-insurance"

AFS heeft voor al haar deelnemers een aanvullende verzekering afgesloten voor medische kosten, tot maximaal een jaar na terugkeer in het eigen land gemaakt. De verzekering dekt echter alleen kosten die het gevolg zijn van een ongeval of een endemische ziekte tijdens het programma. Stel: je breekt je been tijdens het programma en hebt na terugkeer nog medische behandeling nodig. De "tail-insurance" betaalt deze kosten alleen als mocht blijken dat je eigen ziektekostenverzekering (die inmiddels weer van kracht is) de kosten niet dekt, tot een maximum van USD 100.000.

Kosten als gevolg van ziektes tijdens het AFS programma zijn niet gedekt tenzij ze veroorzaakt zijn door een endemische ziekte. De eerste onkosten moeten binnen 90 dagen na de gedekte ziekte gebeuren. Alle verwante aandoeningen en terugkerende symptomen van dezelfde of gelijkaardige aandoening worden als één gedekte ziekte beschouwd.

Kosten die gedekt zijn onder de Tail insurance zijn:

- Ziekenhuiskosten voor kamer en verblijf, verpleging en andere diensten, inclusief kosten voor professionele diensten behalve diensten van niet-medische aard, op voorwaarde dat de kosten niet hoger zijn dan de gemiddelde kost voor een tweepersoonskamer;
- kosten voor diagnose, behandeling en chirurgie door een arts;
- kosten toediening van anesthesie;
- kosten voor medicatie, x-stralingsdiensten, laboratoriumtests en -diensten, gebruik van radium en radioactieve isotopen, zuurstof, bloed transfusies, ijzeren long en medische behandeling;
- kosten voor kinesitherapie indien aangeraden door de dokter voor de behandeling van een specifieke invaliditeit en toegediend door een erkende kinesist;
- protheses (maar niet ter vervanging)
- breukbanden, spalken, beugel (maar niet ter vervanging) - uitsluiting: tandbeugel
- medicatie die enkel op voorschrift kunnen verkregen worden van de arts of chirurg.

De dekking onder de "Tail Insurance" is soms niet zo uitgebreid als de Ziektekostenverzekering voor Deelnemers. Bv. Kosten i.v.m. psychische ziekten worden gedekt onder de Ziektekosten voor Deelnemers maar niet onder de 'Tail Insurance'.

"Tail Insurance" dekt enkel endemische ziekten.

Medische kosten ten gevolge van een cosmetische ingreep worden niet gedekt behalve wanneer het gaat om een reconstructieve ingreep ten gevolge van een ongeval of een opgelopen kwetsuur. Zelfdoding, poging tot zelfdoding of opzettelijk zelf toegebracht letsel.

2.6. Permanente invaliditeit

Deze dekt tot een maximum van USD 100.000 voor een permanente en totale invaliditeit ten gevolge van een ongeluk dat tijdens het AFS programma gebeurde. Deze is niet van toepassing voor invaliditeit ten gevolge van een ziekte tenzij de ziekte het gevolg was van een endemische ziekte.

Permanente en totale invaliditeit betekent dat de deelnemer door een verwonding door een gedekt ongeluk tijdens het AFS programma of een endemische ziekte opgelopen tijdens het AFS programma; geen normale, gewoonlijke activiteiten voor een persoon van hetzelfde geslacht en leeftijd meer kan uitvoeren en dat verwacht wordt en door een arts gecertificeerd wordt dat deze invaliditeit zo zal blijven voor de rest van het leven. Er is geen dekking voor invaliditeit die permanent is maar niet totaal, of invaliditeit die totaal is maar niet permanent.

Verlies dat veroorzaakt is door mentale of zenuwaandoeningen is niet gedekt. Deze dekking is uitbetaalbaar één jaar na de datum van het ongeluk of de endemische ziekte die het verlies heeft veroorzaakt.

Coma

Een uitkering van USD 10.000 wordt betaald indien de verzekerde comateus wordt binnen de 31 dagen van een gedekt ongeluk en gedurende 31 dagen in coma blijft. Coma ten gevolge van een andere ziekte dan een endemische ziekte is niet gedekt. Gedurende 11 maanden is 1 % van de uitkering maandelijks te betalen na 12 maanden als een gehele som.

Zie lijst onderaan voor meer uitsluitingen.

2.7. Rouw- en traumaverwerking

Beschikbaar voor deelnemer en/of nabije familieleden bij de verwerking van een ongeval/sterfgeval welke plaatsgevonden heeft gedurende het uitwisselingsjaar of bij de verwerking van een endemische ziekte van de deelnemer. Behandelingskosten: 10 sessies met een max. van USD 150/sessie, op te nemen binnen één jaar na de datum van het gedekte ongeluk of de endemische ziekte die het verlies veroorzaakt.

De ondersteuning moet aangeboden worden onder de zorg, de supervisie of voorschrift van een dokter en is enkel gedekt indien deze diensten zouden aangerekend worden als deze dekking niet had bestaan.

De term 'nabij familielid' slaat op een persoon die in relatie staat tot de deelnemer op één van volgende manieren: echtgeno(o)t(e), schoonbroer, schoonzus, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (ook stiefouder), broer of zus (inclusief stiefzus en-broer) of kind (inclusief legaal geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind of grootouder (inclusief stief grootouder)

2.8. ALGEMENE UITSLUITINGEN VOOR DE ADDITIONELE VERZEKERING

Deze uitsluitingen zijn van toepassing aanvullend op deze die reeds gestipuleerd werden in de delen 2.1 tot en met 2.7.

Noteer dat deze uitsluitingen apart en verschillend zijn van deze die van toepassing zijn op de ziektekostenverzekering voor de deelnemer. Deze worden beschreven in een aparte sectie van dit pamflet.

Deze verzekering dekt geen enkele situatie die ofwel door origine of gevolg, direct of indirect, van nabij of veraf, toe te schrijven is aan of het gevolg is van:

- Zelfdoding of poging tot zelfdoding bij volle verstand of poging tot zelfdestructie bij zinsverbijstering
- Intentioneel zelf toegebrachte verwonding (deze uitzondering is niet van toepassing bij de voorwaarde "Dood door ongeval en verminking")
- Onkosten betaald door elke autoverzekering die geen rekening houden met schuld (deze uitzondering is niet van toepassing bij de voorwaarde "Dood door ongeval en verminking")
- Verwonding die opgelopen is terwijl de verzekerde legaal geïntoxiceerd is of onder de invloed van drugs tenzij toegediend op advies en toezicht van een arts (deze uitzondering is niet van toepassing bij de voorwaarde "Dood door ongeval en verminking")
- Uitvoering van of poging tot uitvoering van een misdad
- Besturen van of dienen als crew in een vliegtuig (van elke soort)
- Vliegen in een vliegtuig dat gebruikt wordt voor acrobatisch stuntwerk, stunt racen, testen van volharding, met raketpropulsie, besproeien van begroeiing, voorttrekken van een banner, kudde bewaken (herding), luchtfotografie of elke activiteit die een speciale toestemming vereist
- Militaire dienst
- Ziekte buiten endemische ziekte behalve bacteriële infectie veroorzaakt door een uitwendige snee of wonde of het accidenteel innemen van besmet voedsel (deze uitzondering is niet van toepassing bij de 'tail medical')
- Behandeling toegediend door een persoon in dienst van of aangesteld door AFS of een onmiddellijk familielid of lid van het huishouden
- Onkosten veroorzaakt door activiteiten voor geldelijk gewin die niet gerelateerd zijn aan het AFS programma
- Facultatieve of experimentele chirurgie, onderzoek, behandeling die niet erkend is en algemeen toegepast wordt onder de geldende medische standaarden in het land waar de behandeling in plaats vindt. Zwangerschap, geboorte, miskraam, abortus of complicaties bij elk van deze (deze uitzondering is enkel van toepassing op de Tail medical)
- Mentale of zenuwaandoeningen (deze uitzondering is enkel van toepassing op de Tail medical)
- Cosmetische chirurgie behalve reconstructieve chirurgie wanneer die ten gevolge van een ongeval nodig is
- Brillen, contactlenzen, hoorapparaten, rolstoelen, braces, toestellen, onderzoeken of voorschriften voor deze of reparatie of vervanging van orthesen (deze uitzondering is enkel van toepassing op de Tail medical)
- Behandeling van hernia, Osgood-Schlatter, osteochondritis, appendicitis, osteomyelitis, hartziekten en -aandoeningen, pathologische breuken, aangeboren zwaktes, losgekomen netvlies (tenzij veroorzaakt door verwonding) of behandeling van mentale en zenuwaandoening, tenzij gedekt door de Ziektekostenverzekering, al

dan niet veroorzaakt door een gedekt ongeluk (deze uitzondering is enkel van toepassing op de Tail medical).

- Schade aan bestaande orthodontische apparaten of verlies van bruggen en kunstgebit (deze uitzondering is enkel van toepassing op de Tail medical)
- Aandoeningen die niet gedekt zijn door een gedekt ongeluk of een endemische ziekte
- Procedures die niet beschouwd worden als medisch noodzakelijk
- Kosten die niet zouden moeten betaald worden bij het ontbreken van deze polis
- Behandeling, dienst of voorraad die niet wordt betaald door de polis: oorlog of oorlogsdaden, met inbegrip van terrorisme, is gedekt behalve in de Verenigde Staten van Amerika, het thuisland van de verzekerde, Afghanistan, Irak en Iran.