

AFS Vlaanderen

Medical Pamphlet

Informatie over zowel het Medisch Plan voor deelnemers als de bijkomende voordelen voorzien voor AFS deelnemers.

Voor alle programma's van 2021



Inhoudstafel

Pagina

I. Introductie	4
II. Wat is secundaire verzekering?	4
III. Definities	5
IV. Dekking voor medische kosten	7
V. Medische Identiteitskaarten	9
VI. Dienst medische bijstand	9
VII. Medische noodevacuatie	10
VIII. Kosten van repatriëring van stoffelijke overschotten	10
IX. Uitsluitingen van het ziektekostenplan voor deelnemers	11
X. Medische claims indienen voor kosten van het ziektekostenplan	13
IX. Dekkingsoverzicht Extra Voordelen - verzekerd door Berkley	18
1. Accidental Death and Dismemberment (AD&D)	19
2. Emergency Dental	20
3. Reunion Benefit	20
4. Trip Interruption Benefit	21
5. "Tail" Medical Insurance	21
6. Permanent Total Disability Insurance	23
7. Bereavement and Trauma Counseling Benefit	23

Let op: dit pamflet dient 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. Houdt u er rekening mee dat het Medisch Plan voor deelnemers is geregeld door AFS Interculturele Programma's, Inc. Als u de polis van het Participant Medical Plan wilt inzien, kunt u deze op verzoek verkrijgen.

AFS Medisch Pamflet Samenvatting van de dekking - Medisch plan voor deelnemers

Wie is verzekerd?	Deelnemers aan de uitwisselingsprogramma's van AFS.
Territorium	Overall ter wereld, behalve indien hieronder anders vermeld.
Hoe lang is de verzekering geldig ?	<p>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.</p> <p>Wanneer u met uw AFS-groep samenkomt voor oriëntatie in uw thuisland in de 48 uur of minder vóór het internationale vertrek, wordt dit de 'Vertrekvoorbereidingsperiode' genoemd. Gedurende die periode bent u onder deze polis enkel gedekt voor medische kosten veroorzaakt door onopzettelijk lichamelijk letsel en voor noodevacuatie.</p> <p>Deze dekking is secundair, wat betekent dat ze van kracht wordt als er geen andere verzekering van toepassing is die dergelijke medische kosten dekt die in uw thuisland zijn opgelopen.</p> <p>De periode vóór vertrek eindigt wanneer u aan boord gaat van het vliegtuig of een andere gemeenschappelijke vervoerder voor de internationale reis. Deelname aan het programma betekent het uitvoeren van de normale activiteiten die van een AFS-deelnemer worden verlangd.</p> <p>De dekking eindigt op de datum van beëindiging van het AFS-programma, of op de datum waarop u verkiest de deelnemingsovereenkomst te beëindigen vóór de voltooiing van het programma, of bij uw terugkeer naar uw land van herkomst, indien dat eerder is.</p>
Medische dekking	<p>Medische kosten per gedekte persoon per schadegeval: tot USD 500.000 (Dekkinglimiet in Duitsland en Italië is USD 1.000.000. In de VS is dit USD 1.500.000)</p> <p>Medische noodevacuatie tot USD 1.000.000</p> <p>Repatriëring van stoffelijke overschotten tot USD 100.000</p>
Franchise en eigen bijdrage	Geen
Belangrijkste uitsluitingen	<p>Hieronder staan drie belangrijke uitsluitingen. Dit is geen volledige lijst. Zie sectie IX voor een uitgebreidere opsomming van de belangrijkste uitsluitingen die van toepassing zijn.</p> <p>Voor Medische Kosten zal deze polis geen aanspraak, verlies, verwonding, schade of wettelijke aansprakelijkheid dekken die rechtstreeks of onrechtstreeks door een Verzekerde wordt geleden of opgelopen ten gevolge van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bestaande aandoeningen (gedefinieerd op pagina 13 hieronder). ● Tandheelkundige behandelingen die geen spoedeisende tandheelkundige behandelingen zijn als gevolg van een ongeval. ● Alle niet-spoedeisende behandelingen of operaties, electieve chirurgie, routine lichamelijke onderzoeken, check-ups, inentingen, vaccinaties, gehoorapparaten, brillen of contactlenzen, kosten van geneesmiddelen voor chronische aandoeningen.
Invullen van Medische claims	<p>In de USA: GMMI 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 USA: Contacteer jouw AFS Partner</p>
Medische noodgevallen nummers (Zie medische ID-kaarten voor details)	<p>GMMI: Binnen de USA: 1.888.444.7773 (gratis) Buiten deUSA: +1.954.370.6468 (call collect)</p>

Medische kosten voor deelnemers aan AFS-programma's

I. Introductie

AFS voorziet het Medisch Plan voor deelnemers, een uitgebreide secundaire ziektekostenverzekering, omdat de kosten van de gezondheidszorg en de verzekeringen van land tot land zo sterk verschillen. Het doel van het plan is ervoor te zorgen dat een AFS deelnemer, waar ook ter wereld, een snelle, passende medische behandeling krijgt, wanneer dat nodig is. Als een deelnemer onverwachts gewond raakt of ziek wordt tijdens een AFS programma, probeert AFS ervoor te zorgen dat zijn of haar gedekte medische kosten zullen worden betaald.

Het Participant Medical Plan wordt besproken in de deelnemersovereenkomst, die gezinnen ondertekenen als onderdeel van de toelatingsprocedure van de student. Het doel van deze brochure is om de medische en andere kosten te beschrijven die worden gedekt door de voorwaarden van de verzekeringspolis en de Deelnameovereenkomst, alsmede de kosten te beschrijven die niet worden gedekt.

Hoe de deelnemingsovereenkomst het recht op het Medisch Plan voor deelnemers regelt

In het geval dat AFS de deelnameovereenkomst beëindigt, zullen de verzekerden niet langer voldoen aan de dekkingcriteria voor het Medisch Plan voor deelnemers. Redenen voor beëindiging van de deelnameovereenkomst worden in die overeenkomst nader uiteengezet; voor de volledige lijst van redenen en bijbehorende details wordt verwezen naar de voorwaarden daarvan. Deze redenen zijn onder andere een schending van de voorwaarden, of omdat AFS bepaalt dat de omstandigheden in het gastland niet langer veilig zijn voor voortzetting van het programma, of omdat een gedekte persoon of de ouders van de gedekte persoon besluiten de deelnameovereenkomst te beëindigen om welke reden dan ook vóór de voltooiing van het programma.

Bovendien kan de deelname aan het AFS-programma naar eigen goeddunken van AFS worden beëindigd indien de medische dossiers betreffende de verzekerde niet aan AFS of de verzekeraars worden verstrekt zoals verzocht, en de verzekerde zal niet langer in aanmerking komen voor dekking door het Participant Medical Plan.

Vanaf de datum van beëindiging van de deelnameovereenkomst zal de verzekerde niet langer gedekt zijn door de ziektekostenverzekering die deel uitmaakt van het AFS Participant Medical Plan. Vanaf die datum zullen zij zelf aansprakelijk zijn voor alle medische en andere gemaakte kosten, inclusief reiskosten. De verzekeringspolis wordt door AFS geregeld om alle deelnemers aan AFS programma's als verzekerden te dekken en wordt onderschreven door XL Insurance Company SE.

II. Wat is secundaire verzekering?

Het concept van "primaire" en "secundaire" verzekering is goed ingeburgerd in medische reisverzekeringen. Het AFS Participant Medical Plan fungeert als een vorm van secundaire dekking - het dekt alleen medische kosten als de kosten niet eerst betaald kunnen worden uit een primaire polis, zoals een nationaal ziektekostenplan of een particuliere verzekering van het zendgezin.

Het proces van "terugvorderen van kosten" helpt AFS de kosten van haar medische reisplan te beheersen. Waar mogelijk, zal AFS ernaar streven dat een beschikbare primaire verzekering AFS vergoedt voor gemaakte medische claims. Wanneer er geen primaire verzekering bestaat, fungeert het Medisch Plan voor deelnemers als de primaire bron van betaling voor medische kosten. Dit maakt het mogelijk voor het Deelnemers Medisch Plan om door te gaan met het betalen van de kosten in de vele gevallen waarin de primaire verzekering niet beschikbaar is, niet voldoende is, of niet het volledige medische probleem aanpakt.

III. Definities

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:

- Medische uitgaven
- Evacuatie om medische redenen, inclusief ziekentransport per vliegtuig
- Repatriëring van stoffelijke resten

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

Het "Participant Medical Plan" of "Medisch Plan voor deelnemers" verwijst naar de verzekeringspolis die AFS onderhoudt voor haar reisverzekering tot dekking van ziektekosten.

Een "Gedekte persoon" is een erkende deelnemer aan een AFS programma die verzekerd is door het Plan. We gebruiken deze term zodat de terminologie in het pamflet overeenkomt met die gebruikt door de verzekeringspolis. Het recht op dekking eindigt bij de beëindiging van deelname aan het AFS programma, ongeacht de reden.

Een "gedekte schade" is een ongeval of ziekte die niet is uitgesloten door het Medisch Plan voor deelnemers. Verliezen opgelopen na de beëindiging van de deelnemingsovereenkomst zijn niet gedekte verliezen. Hoewel het Medisch Plan voor deelnemers een breed scala aan verliezen vergoedt, dekt het niet elk soort verlies. Er is een volledige lijst van uitsluitingen die niet gedekt zijn in Sectie IX.

Maximaal verzekerd bedrag bij ongeluk of ziekte

Zoals beschreven in de deelnemersovereenkomst, voorziet het Medisch Plan voor deelnemers in een maximale dekkingslimiet voor de kosten van medische kosten voor de verzekerde, tot de limiet die in het dekkingsoverzicht per gedekt verlies is aangegeven, terwijl hij deelneemt aan een AFS-programma.

Indien een verzekerde meer dan één ongeval of ziekte lijdt, zal een nieuwe dekkingslimiet voor medische kosten van toepassing zijn op elk verlies. AFS biedt geen dekking boven de maximumlimiet voor een enkel gedekt verlies.

Bovendien voorziet het Medisch Plan voor deelnemers in een maximum van USD 1.000.000 voor de kosten van dringende medische evacuatie.

Er is ook een limiet van USD 100.000 voorzien voor repatriëringskosten.

Merk op dat het Medisch Plan voor deelnemers niet meer dan USD 10.000.000 zal uitkeren voor alle verliezen die voortvloeien uit één gedekte gebeurtenis waarbij meerdere gedekte personen betrokken kunnen zijn.

Franchise en eigen bijdragen

De gedekte personen hoeven in het kader van dit programma geen franchise of eigen bijdragen te betalen.

Gebied van dekking

Het Medisch Plan voor deelnemers dekt risico's wereldwijd terwijl een verzekerde deelneemt aan een AFS uitwisselingsprogramma op het moment dat hij of zij een gedekt ongeval of ziekte oploopt.

Het biedt geen dekking voor verliezen opgelopen in het thuisland van de verzekerde. Merk op dat er speciale regelingen zijn voor dekking wanneer de oriëntatie van de Verzekerde op het AFS-programma plaatsvindt in het thuisland onmiddellijk voor vertrek. Deze worden in de volgende sectie beschreven.

Wanneer de dekking begint en eindigt

De dekking begint zodra de verzekerde de internationale vertrekplaats voor het begin van het AFS-programma bereikt, zoals een luchthaven of een oriëntatiepunt voor vertrek.

Wanneer een verzekerde zich met zijn AFS groep verzamelt voor oriëntatie terwijl hij nog in zijn eigen land is, in de 48 uur of minder voor het internationale vertrek, wordt dit de vertrekvoorbereidingsperiode genoemd. Gedurende die tijd is hij of zij gedekt onder het Medisch Plan voor deelnemers voor medische kosten veroorzaakt door ongevallen. Deze dekking is secundair, wat betekent dat ze in werking treedt indien er geen andere verzekering van toepassing is die dergelijke medische kosten dekt die in het thuisland van de verzekerde zijn opgelopen.

De diensten voor noodevacuatie en medische bijstand kunnen gedurende die tijd reageren, ongeacht of er sprake is van een gedekt ongeval of ziekte. Indien de verzekerde zich in zijn/haar thuisland bevindt, betekent noodevacuatie dat de verzekerde naar de nodige medische verzorging wordt gebracht. De verzekering die de medische kosten van ziekte via het Medisch Plan voor deelnemers betaalt, treedt echter pas in werking wanneer de verzekerde aan boord gaat van het vliegtuig of een andere vervoerder voor de internationale reis naar het gastland.

Dit betekent dat, indien de verzekerde een ziekte zoals blindedarmontsteking of griep oploopt tijdens de vertrekvoorbereidingsperiode, medische bijstand en medische evacuatie diensten kunnen ingrijpen, maar dat de verzekeringsdekking of het gezin van de verzekerde geacht wordt de kosten van de ziekte op zich te nemen.

De periode vóór vertrek eindigt nadat de verzekerde aan boord is gegaan van het vliegtuig of een andere transportmiddel voor de internationale reis. Zolang hij/zij blijft deelnemen aan het AFS-programma, komt hij/zij in aanmerking voor volledige dekking onder het Medisch Plan voor deelnemers.

Handhaving van de deelneming aan het AFS-programma

Deelname aan het AFS-programma betekent het uitvoeren van de normale activiteiten die van een AFS-deelnemer worden verlangd. Deelnemers zijn verplicht om naar school te gaan of voltijds deel te nemen aan hun gemeenschapsproject of andere gestructureerde activiteiten die in de programmabeschrijving worden genoemd. Andere vereiste activiteiten omvatten, maar zijn niet beperkt tot, actieve deelname aan het leven van het gastgezin, het bijwonen van AFS lokale en regionale evenementen, en betrokkenheid bij typische buitenschoolse en sociale activiteiten. De uiteindelijke beslissing of de deelnemer in staat is om in het programma te blijven, ligt bij AFS.

Belangrijk is dat deelname aan het AFS-programma naar eigen goeddunken van AFS kan worden beëindigd indien de gevraagde medische gegevens met betrekking tot de Verzekerde die AFS nodig heeft, niet op verzoek aan AFS, de verzekeraars of hun agenten worden verstrekt. Naast het bepalen van de dekking, zijn deze medische gegevens nodig om met medisch personeel te communiceren en de beste behandeling te bepalen, die de terugkeer van de verzekerde naar zijn thuisland kan omvatten.

De dekking eindigt op de datum van beëindiging van het AFS-programma, of op de datum dat een Verzekerde of de zendende ouders ervoor kiezen de deelnameovereenkomst te beëindigen om welke reden dan ook vóór de voltooiing van het programma, of bij terugkeer naar het thuisland, afhankelijk van wat zich het eerst voordoet.

Zodra de verzekerde het AFS-programma heeft verlaten of naar huis is teruggekeerd, eindigt de dekking onder het Medisch Plan en worden de medische kosten de verantwoordelijkheid van het zendende gezin, zelfs als het ongeval, de verwonding of de ziekte die de kosten veroorzaakte, plaatsvond tijdens het programma. Dit omvat alle medische en andere kosten, inclusief reiskosten, gemaakt door of voor de verzekerde vanaf de datum van beëindiging.

Om deze reden dienen uitzendende gezinnen zich er vóór vertrek uit een AFS-programma van te vergewissen dat er in het thuisland een andere verzekering of medische zorg beschikbaar is, mocht hun kind terugkeren en medische hulp nodig hebben. Er is niet altijd dekking beschikbaar in het thuisland voor een verlies dat al heeft plaatsgevonden. AFS raadt zendende families sterk aan om een verzekering af te sluiten voor hun kind in eigen land terwijl hij of zij op een AFS programma is.

IV. Dekking voor medische kosten

Medische uitgaven verwijst naar uitgaven gemaakt voor gepaste medische verzorging door een verzekerde terwijl hij deelneemt aan een AFS programma. Het Medisch Plan voor deelnemers betaalt alleen de dringende medische kosten van gedekte verliezen, die het gevolg zijn van ongevallen of plotselinge ziekten die niet zijn uitgesloten door het Medisch Plan voor deelnemers. Dekking geldt alleen voor medische kosten gemaakt voor behandeling ontvangen binnen 90 dagen na het oplopen van letsel of het lijden van ziekte en eindigt na 52 weken vanaf het moment dat de noodzaak voor behandeling zich voordeed.

Zoals gebruikelijk is voor medische kosten, betaalt het Medisch Plan voor deelnemers de kosten tegen "redelijke en gebruikelijke" tarieven die gebruikelijk zijn door artsen in het gebied waar de zorg wordt verleend.

Gedekte medische kosten onder het Medisch Plan voor deelnemers zijn:

- I. Vergoedingen voor ziekenhuisopname en gebruik van operatiekamers; diensten van een ziekenhuis of een ambulant medisch-chirurgisch centrum
- II. Kosten voor diagnose, behandeling en chirurgie door een behandelend medisch professional. Dit is een bevoegd beoefenaar van medische diensten die handelt binnen de reikwijdte van zijn of haar vergunning, zoals een arts, chirurg, gediplomeerd verpleegkundige of osteopaat. Een gezins- of familielid valt hier niet onder.
- III. Vergoedingen voor de kosten en toediening van verdovingsmiddelen;
- IV. Kosten voor röntgenonderzoek, behandelingen en laboratoriumtests
- V. Kosten van fysiotherapie, indien deze door een arts voor de behandeling van een specifieke invaliditeit wordt aanbevolen en door een gediplomeerd fysiotherapeut wordt gegeven;
- VI. Chiropractische diensten.
- VII. Geneesmiddelen, prothesen en therapeutische diensten en artikelen die op schriftelijk voorschrift van een arts of chirurg zijn verkregen.
- VIII. Ambulance service

Medische kosten ten gevolge van zwangerschap of bevalling zijn gedekt, maar alleen indien dit noodzakelijk is ten gevolge van lichamelijk letsel door een ongeval of ten gevolge van zwangerschapsgerelateerde ziekte of complicaties die een spoedbehandeling vereisen.

Let op: voor de volgende diensten gelden de aangegeven dekkingslimieten:

- Chiropractische diensten -- 12 sessies per incident terwijl de Verzekerde deelneemt aan een AFS-programma
- Geestelijke/zenuw-therapie -- 12 sessies per incident terwijl de Verzekerde deelneemt aan een AFS-programma
- Revalidatie Therapie (fysiotherapie, spraaktherapie of ergotherapie) -- 12 gecombineerde sessies per incident terwijl de verzekerde deelneemt aan een AFS-programma.

Raadpleeg Sectie IX voor een lijst van kosten die niet gedekt zijn onder het Medisch Plan voor deelnemers.

Het is de verantwoordelijkheid van het uitzendende gezin om te voorzien in de dekking van die medische kosten van de Verzekerde die zijn uitgesloten onder het Medisch Plan voor deelnemers. Indien AFS deze kosten voorschiet om de verzekerde bij te staan op het moment van ziekte of verwonding, zullen de uitzendende ouders het Medisch Plan voor deelnemers moeten terugbetalen.

Er kunnen momenten zijn waarop we uw medewerking nodig hebben om een schadevergoeding te krijgen onder een andere verzekeringspolis. Een voorbeeld hiervan is wanneer een auto-ongeval verantwoordelijk is voor het veroorzaken van een verwonding van de Verzekerde.

V. Medische Identiteitskaarten

AFS verstrekt de verzekerde een medische ID-kaart die zij kunnen gebruiken om te verklaren dat zij dekking hebben voor ziektekosten voor de duur van de tijd dat de verzekerde deelneemt aan een AFS-programma. Elke kaart vermeldt het telefoonnummer (24/7) dat een behandelend arts of ziekenhuis kan bellen om de dekking voor een verzekerde te bevestigen wanneer het nationale AFS kantoor in het gastland gesloten is of in geval van nood.

VI. Dienst medische bijstand

Om haar verantwoordelijkheden tegenover de verzekerden na te komen, werken AFS en de Verzekeraar samen met GMMI, dat medische bijstand verleent. GMMI helpt bij het verkrijgen of kwalificeren van medische zorg over de hele wereld en ook bij het regelen van medische evacuatie, indien nodig.

Het verkrijgen van medische zorg betekent het vinden van personeel en faciliteiten die geschikt zijn om de medische toestand van een verzekerde te behandelen terwijl hij in het gastland is. Het betekent ook het verkrijgen van medische evaluaties of het verstrekken van medicijnen aan de gedekte personen terwijl zij deel uitmaken van het AFS-programma. GMMI heeft contracten met een netwerk van medische zorgverleners over de hele wereld om uitstekende, kosteneffectieve opties te bieden voor zorg aan AFS gedekte personen.

Wanneer GMMI adviseert dat er een haalbare en geschikte optie is voor een verzekerde om gebruik te maken van een medische zorgverlener in het netwerk, zal op die manier dekking worden verleend. In het geval dat de zendende familie van een verzekerde gebruik wenst te maken van een andere zorgverlener dan degene die door GMMI is geregeld, dienen deze regelingen door de zendende familie te worden getroffen buiten het AFS-programma om, op kosten van de zendende familie.

In aanmerking komende medische zorg betekent dat men vaststelt dat de instelling in het gastland waar de verzekerde reeds is opgenomen, geschikt is voor zijn verzorging. Het kan ook betekenen dat een second opinion wordt gevraagd aan een plaatselijke arts of aan een arts in dienst van het bijstands netwerk.

GMMI is zowel claims administrator als de medische hulpverlener voor het Medisch Plan voor deelnemers. GMMI heeft 24 uur per dag toegang tot medische expertise en middelen wereldwijd. Zij vullen het bestaande netwerk van AFS Partners en vrijwilligers over de hele wereld aan wanneer er zich een medisch probleem voordoet. Medische assistentie stelt zowel AFS International als de AFS Hosting Partner en de zend partner in staat om in geval van nood te overleggen met medische specialisten. Ook kunnen ze gezamenlijk de zaak laten beoordelen en contact houden over de ontwikkelingen.

Als een ander soort medische zorg of faciliteit wordt aanbevolen voor de gedekte persoon, zal het bijstands netwerk zorgen voor overplaatsing van de gedekte persoon binnen het gastland, of naar een faciliteit in het thuisland van de gedekte persoon.

VII. Medische noodevacuatie

Medische Evacuatie in noodgevallen verwijst naar de kosten voor het vervoer van een ernstig zieke of gewonde verzekerde en soms een begeleider die op medisch bevel vereist is. Dit resulteert gewoonlijk in een terugkeer naar het thuisland van de verzekerde. Het kan plaatsvinden wanneer de verzekeraar en het GMMI, in samenwerking met de behandelend arts, bepalen dat de Verzekerde veilig kan reizen, of "Fit to Fly" is. Dit betekent het einde van het verblijf van de Verzekerde in het AFS-programma en de beëindiging van de medische dekking zodra de Verzekerde naar huis is gebracht of naar de vereiste medische faciliteit.

Totdat een verzekerde "Fit to Fly" is en naar huis kan terugkeren, kan hij gedekt blijven onder het Medisch Plan voor deelnemers. Indien de Verzekerde of het zendende gezin besluit de medische noodevacuatie niet uit te voeren nadat is vastgesteld dat de persoon in staat is om te vliegen, zullen zij verantwoordelijk zijn voor alle medische kosten die na die datum worden gemaakt.

In het geval dat een Verzekerde die het programma heeft verlaten vanwege een medische evacuatie of medische vrijlating, toestemming krijgt van AFS om weer deel te nemen aan het AFS-programma, worden de terugreis kosten naar het gastland vanuit het thuisland niet gedekt door het Deelnemers Medisch Plan. Deze kosten zijn de verantwoordelijkheid van de familie van de Verzekerde.

Soms moet een Verzekerde worden vervoerd naar een andere locatie in het gastland om geschikte medische zorg te ontvangen terwijl hij/zij het AFS programma voortzet. Het Deelnemers Medisch Plan zal de medische kosten na deze evacuatie alleen vergoeden indien de verzekerde actief betrokken kan blijven bij de AFS programma-activiteiten. AFS bepaalt of de gedekte persoon actief betrokken kan blijven bij de AFS programma-activiteiten op basis van, onder andere, een beoordeling van de relevante medische dossiers.

In zeer uitzonderlijke gevallen kan een behandelend arts voorstellen de betrokkene over te plaatsen naar een medische zorginstelling die zich noch in het thuisland noch in het gastland bevindt. AFS definieert dit als een beëindiging van het verblijf van de verzekerde in het programma. In dit geval zal het Deelnemers Medisch Plan de kosten van de medische evacuatie dekken, maar de medische dekking zal worden beëindigd na aankomst van de Verzekerde in de medische faciliteit en de medische kosten zullen terugvallen aan de zendende ouders.

Het Medische Plan voor deelnemers zal de regelingen en kosten van een gedekte medische evacuatie behandelen, met inbegrip van medische begeleiding tot een limiet van USD 1.000.000 wanneer een Behandelend Medisch Professional schriftelijk opdracht geeft dat een Verzekerde dit nodig heeft. Deze regelingen moeten via GMMI worden getroffen. Ze kunnen gaan van een vervroegde terugkeer met een commercieel vliegtuig tot een speciaal uitgeruste jet met medische faciliteiten en personeel. Medische noodevacuatie dekt niet de kosten van reizen voor andere personen of om andere redenen.

VIII. Kosten van repatriëring van stoffelijke overschotten

Deze dekking heeft betrekking op de speciale reisregelingen die moeten worden getroffen wanneer iemand die onder het Plan valt, is overleden. In dat geval zal AFS alle nodige regelingen treffen met GMMI.

Het Medische Plan voor deelnemers betaalt de repatriëringskosten tot een limiet van USD 100.000 wanneer deze voortvloeien uit een gedekte schade.

IX. Uitsluitingen van het ziektekostenplan voor deelnemers

Niet elke medische uitgave valt onder de verantwoordelijkheid van het Medische Plan voor deelnemers. Sommige soorten kosten, zoals deze die verzekerden kunnen verwachten, kiezen of controleren, zijn niet bedoeld om gedekt te worden door het plan.

Andere soorten uitgesloten uitgaven zijn uitgaven die niet als medisch noodzakelijk worden beschouwd. Het Medische Plan voor deelnemers is enkel ontworpen om de kosten te dekken van de onverwachte medische diensten en voorwerpen die volgens een behandelende geneesheer noodzakelijk zijn om de gezondheid van een verzekerde te herstellen.

Tenslotte kunnen sommige soorten uitgaven niet gedekt worden omdat ze niet voldoende geëvalueerd kunnen worden, zoals het risico op oorlog in het thuisland van de verzekerde.

Terrorisme wordt echter wel gedekt.

Routine-uitgaven voor gezichts- en tandheelkunde

Zoals beschreven in de deelnemersovereenkomst, betaalt het Medische Plan voor deelnemers niet voor bepaalde soorten medische kosten die verwacht worden deel uit te maken van het dagelijkse leven. Hieronder valt routinematige oogzorg, zoals routine oogonderzoeken, brillen of contactlenzen. Tandheelkundige dekking onder het Medische Plan voor deelnemers is beperkt tot tandheelkundige behandeling die nodig is als gevolg van een ongeval, zoals aanbevolen door een behandelend arts. Er is echter dekking voor de chirurgische extractie van wijsheidstanden wanneer dit noodzakelijk is om de verspreiding van een infectie te voorkomen.

Uitgaven voor routine-onderzoeken of preventieve zorg

Het Medische Plan voor deelnemers betaalt niet voor routine onderzoeken, inentingen, vaccinaties, of onderzoeken, zelfs indien deze door scholen of overheidsinstanties worden vereist. Scholen eisen bijvoorbeeld vaak een sportkeuring alvorens de Verzekerden aan schoolsport mogen doen. Van de verzekerden en/of hun ouders wordt verwacht dat zij deze kosten rechtstreeks betalen, omdat ze niet het gevolg zijn van een ongeval of een plotse ziekte. Indien het gastgezin of AFS voor deze kosten opdraait, zal AFS deze terugvorderen van het zendende gezin.

Wat is een reeds bestaande aandoening?

Zoals uiteengezet in de deelnemingsovereenkomst en de verzekeringspolis, betaalt het Medische Plan voor deelnemers niet voor medische kosten die het gevolg zijn van reeds bestaande ziekten of verwondingen. Een reeds bestaande aandoening is een aandoening waarvoor behandeling is gezocht of verstrekt in de periode van achttien maanden voorafgaand aan de aankomst van de verzekerde op de internationale vertreklocatie.

Er geldt een speciale regeling voor aandoeningen waarbij het gebruik van geneesmiddelen op recept of van geneesmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven, goed onder controle is. De uitsluiting omvat alle

aandoeningen waarvoor het nodig is voorgeschreven geneesmiddelen of medicijnen, tenzij de aandoening waarvoor het voorgeschreven geneesmiddel of medicijn wordt ingenomen gedurende een periode van 45 dagen vóór de aankomst van de verzekerde onder controle blijft zonder dat het vereiste voorschrift is gewijzigd.

Dit betekent dat indien de controleperiode van 45 dagen voldoende wordt nageleefd, sommige medische aandoeningen mogelijk niet onder de uitsluiting van reeds bestaande aandoeningen vallen. Een voorbeeld is een persoon met diabetes wiens voorschrift voor insuline niet is veranderd in de 45 dagen voor vertrek uit het AFS-programma. Spoedeisende zorg voor deze persoon kan worden gedekt door het medische plan zonder dat de diabetes wordt beschouwd als een reeds bestaande aandoening.

Ter verduidelijking, dit verwijst specifiek naar dekking voor een medisch noodgeval dat zich kan voordoen en dat verband houdt met of veroorzaakt is door de chronische ziekte. In ons voorbeeld zou het kunnen gaan om een verzekerde met gecontroleerde diabetes die tijdens een reis in het buitenland een onverwachte complicatie van die ziekte ondervindt.

Dit betekent niet dat deze verzekerde onder het medische plan gedekt is voor de verwachte uitgaven voor de verzorging van zijn chronische ziekte tijdens het AFS-programma. De dagelijkse kosten van insuline voor de normale verzorging van iemand met diabetes, bijvoorbeeld, zou een verwachte uitgave zijn en zou niet gedekt zijn.

Zoals in dit medisch informatieblad in het hoofdstuk hierboven staat, sluit een medische reisverzekering gewoonlijk kosten of zorg uit die routineus zijn of kunnen worden verwacht.

Wanneer het Medische Plan voor deelnemers medische kosten betaalt die het gevolg blijken te zijn van een reeds bestaande aandoening, zal dit door het uitzendende gezin moeten worden terugbetaald. Indien een begeleide persoon een aandoening heeft die als reeds bestaand kan worden beschouwd of die routinematige of te verwachten kosten met zich meebrengt, dient het uitzendende gezin regelingen te treffen om de kosten in verband met deze aandoening te betalen indien deze zich voordoen tijdens de loop van het AFS-programma. Indien er een verzekeringspolis van kracht is die de aandoening dekt, dient het uitzendende gezin de dekking van kracht te laten blijven gedurende de loop van het AFS-programma.

Uitgaven voor niet-spoedeisende chirurgie

Niet-dringende chirurgie wordt niet gedekt door het plan en wordt gedefinieerd als:

- een electieve operatie of behandeling en/of
- een procedure die kan worden uitgevoerd na afloop van het programma van de verzekerde en waarbij geen sprake is van een medische noodsituatie en/of
- een chirurgische ingreep die niet als dringend of spoedeisend wordt beschouwd en die niet hoeft te worden uitgevoerd terwijl de verzekerde aan het programma deelneemt.

Indien men zich afvraagt of een operatie voldoet aan de criteria voor dringende noodzakelijkheid, zal die vaststelling worden gedaan door de verzekeraar en/of administrateur in overleg met de behandelend arts van de verzekerde.

Lijst van de belangrijkste uitsluitingen van het ziektekostenplan voor deelnemers

Deze polis zal geen aanspraak, verlies, verwonding, schade of wettelijke aansprakelijkheid dekken die rechtstreeks of onrechtstreeks door een verzekerde wordt geleden of opgelopen ten gevolge van:

- Het niet verkrijgen van aanbevolen vaccinaties, inentingen of medicatie voor aanvang van uw programma.

De polis dekt geen aanspraken op medische kosten, verlies, letsel, schade of wettelijke aansprakelijkheid die direct of indirect door u worden geleden of opgelopen als gevolg van:

- Reeds gekende aandoeningen
- Zelfmoord of poging tot zelfmoord;
- Oorlog in de het thuisland van de gedekte persoon;
- Deelname aan militaire manoeuvres of opleidingsoefeningen;
- Het besturen van een luchtvaartuig, het leren besturen daarvan of het optreden als lid van de bemanning;
- Deltavliegen, zweefvliegen, paragliden of parachutespringen;
- Deelname aan semi-professionele of professionele sport;
- Tandheelkundige behandeling die geen spoedbehandeling is.
- Alle niet-spoedeisende behandelingen of operaties, electieve chirurgie, routine lichamelijke onderzoeken, check-ups, inentingen, vaccinaties, hoorapparaten, brillen of contactlenzen, kosten van geneesmiddelen voor chronische aandoeningen;
- Electieve abortus;
- Hernia, tenzij als gevolg van een onopzettelijk letsel dat zich voordoet tijdens het programma;
- Reizen met het oog op medische behandeling;
- Zorg of behandeling die niet medisch noodzakelijk en redelijk wordt geacht door de verzekeraar of de behandelend arts;
- Zorg of behandeling die betaald moet worden uit hoofde van een andere verzekering of een gezondheidsprogramma van de overheid;
- Reizen tegen het advies van een behandelend arts in;
- Cosmetische chirurgie, met uitzondering van reconstructieve chirurgie als incidenteel gevolg van of volgend op een operatie voor trauma, of infectie voor een gedekte uitkering of andere gedekte ziekte van het gereconstrueerde lichaamsdeel, of om een aangeboren afwijking bij een kind te behandelen;
- Elke ziekte, aandoening of andere aandoening, gebeurtenis of omstandigheid die zich voordoet op een moment dat u niet aan het programma deelneemt.

X. Medische claims indienen voor kosten van het ziektekostenplan

Medische onkostendeclaraties worden op twee manieren verwerkt, naargelang de plaats waar ze zijn opgelopen of gemaakt. Dien claims zo snel mogelijk in, bij voorkeur binnen 90 dagen nadat de medische kosten zijn gemaakt. Claims die worden ingediend na een jaar nadat ze voor het eerst zijn opgelopen, worden mogelijk niet betaald.

Indien een verzekerde een claim overdrijft of bedrieglijk indient, is de verzekeraar niet verplicht deze uit te betalen en kan hij worden uitgesloten van het plan.

Klachten

AFS en de verzekeraar zijn toegewijd aan het leveren van een kwalitatief hoogwaardige dienstverlening en willen ervoor zorgen dat dit te allen tijde gehandhaafd blijft.

Als u vragen of zorgen heeft over de verzekering of de behandeling van een claim, neem dan eerst contact op met uw lokale AFS-kantoor zoals aangegeven in uw deelnameovereenkomst.

Als de zaak niet effectief wordt opgelost, kunt u mogelijk uw klacht ter beoordeling voorleggen aan een onafhankelijke organisatie. Wij zullen u adviseren over de relevante organisatie op dat moment, afhankelijk van de aard van uw klacht en het land waar u woont. In sommige gevallen kan het de Financiële Diensten en Pensioenen Ombudsman (FDPO) zijn.

Indien u meer informatie wenst over de Ierse Financiële Diensten en Pensioenen Ombudsman kan u:

- hen schrijven op het adres: Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Ireland
- hen opbellen op +353 1 567 7000
- vind meer details op hun website www.fspo.ie

Indienen van schadeclaims in de VS

Wanneer een verzekerde een medische uitgave doet in de VS, vraag dan de behandelende arts of het ziekenhuis om de originele rekening met het schadeformulier rechtstreeks naar het GMMI te sturen:

GMMI (Global Medical Management Inc.)
880 SW 145th Avenue, Suite 400
Pembroke Pines, Florida 33027 USA

e-mail: customerservice@gmmi.com

Indien de medische kosten door de verzekerde of het gastgezin worden betaald, kunnen zij om terugbetaling verzoeken door de rekening bij het GMMI in te dienen. In dit geval is het belangrijk dat zij het door AFS verstrekte declaratieformulier gebruiken. Vul het AFS-claimformulier volledig in en vermeld de aard van de behandeling.

Wij adviseren om contact op te nemen met GMMI wanneer een gedekte persoon langer dan 72 uur als in-patiënt in een ziekenhuis in de VS moet worden opgenomen. GMMI moet altijd in samenwerking met AFS worden ingeschakeld wanneer er sprake is van een dringende medische evacuatie.

Saldo Facturering

De claims administrator, GMMI, onderhandelt met medische zorgverleners om hun kosten te verlagen, zelfs nadat zij de medische dienst hebben verleend. Medische zorgverleners zien vaak af van een deel van hun honorarium, maar soms sturen zij het niet-betaalde deel van de rekening alsnog naar de verzendende familie. Deze praktijk wordt "balance billing" genoemd. Als u een rekening ontvangt voor alle of een deel van de medische kosten waarvan u dacht dat deze gedekt waren door het Covered Person Medical Plan, laat het GMMI dit dan weten. Stuur hen een e-mail (customerservice@gmmi.com) met de details van de claim en beschrijf de rekening die u hebt ontvangen.

GMMI maakt het mogelijk voor AFS families om de medische rekeningen te bekijken die GMMI heeft ontvangen. U kunt ook de rekeningen zien die zijn verwerkt voor betaling aan de medische zorgverleners.

Als u een "saldofactuur" of een afschrift per post ontvangt, kunt u inloggen op de GMMI-website op: www.gmmi.com. Druk op de knop "Verzekerde patiënten" in de rechterbovenhoek van het scherm. Volg de aanwijzingen door de polis ID, voornaam, achternaam en geboortedatum in te voeren voordat u op "Bekijk patiënteninformatie" drukt. (Het polisnummer staat op beide identiteitskaarten die AFS USA aan de verzekerde verstrekt en begint met de drie letterige landcode van het land van herkomst van de verzekerde: bijv. CRC voor Costa Rica, GER voor Duitsland, ITA voor Italië, JPN voor Japan, THA voor Thailand, etc.)

Op de volgende pagina ziet u een overzicht van alle facturen die door GMMI zijn ontvangen. In de eerste kolom staat het interne volgnummer bij GMMI voor een specifieke rekening. In de tweede kolom staat de naam van de medische zorgverlener. In de derde kolom staat de behandeldatum. In de vierde kolom staan de totale in rekening gebrachte kosten. In de vijfde kolom staat de datum van betaling (in het groen indien reeds betaald, in het rood indien nog niet betaald of geweigerd) en in de laatste kolom de datum waarop de nota is verwerkt.

Als de afrekening die u heeft ontvangen online staat bij GMMI voor hetzelfde bedrag hoeft u verder niets te doen.

Als de verklaring die u heeft ontvangen niet online staat bij GMMI, neem dan eerst contact op met de leverancier en informeer hen over de verzekeringsgegevens en het factuuradres van GMMI, zodat zij het juiste declaratieformulier naar GMMI kunnen sturen voor behandeling. Stuur vervolgens per e-mail of fax een kopie van het declaratieoverzicht naar GMMI: customerservice@gmmi.com of via faxnummer 1.954.370.8130.

Als u vragen hebt of online geen toegang krijgt tot uw informatie, kunt u GMMI bellen op 1.954.370.6468 of 1.888.444.7773

Oproep voor informatie over medische kosten in de VS

Behandelend medisch personeel, gastgezinnen of verzekerden kunnen met het GMMI praten over claims of dekking door te bellen naar 1.888.444.7773. Hun kantooruren zijn van maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 16.30 uur.

Vragen over medische noodgevallen in de VS na kantooruren moeten worden gericht aan AFS-USA op 1.212.299.9000.

Indienen van schadeclaims in andere landen dan de VS

Het nationale kantoor van de gastpartner bepaalt hoe claims in dat land worden behandeld. Verzekerden en gastgezinnen dienen contact op te nemen met het nationale kantoor voor informatie over het indienen van medische claims.

De schadebehandelaar voor claims in Europa is Aon Consulting, Admiraliteitskade 62, Rotterdam, Nederland. Zij zijn tijdens de normale werkuren ook beschikbaar voor het beantwoorden van vragen over de dekking via telefoonnummer +31.10.448.8238. E-mail: afs@aon.nl. In sommige gevallen kan het nodig zijn dat bepaalde vragen door AON Consulting worden doorverwezen naar de verzekeraar voor overweging en advies.

Daarnaast helpt AON Consulting bij het coördineren van vragen over medische verzekeringen voor verzekerden in de Europese Unie die reizen in landen met verzekeringsregelingen in de Europese Unie (EU). Gelieve contact op te nemen met AON zodra medische verzorging voor deze verzekerden vereist is, zodat zij kunnen regelen dat een door de verzekeraar goedgekeurde claim correct via de EU-kanalen wordt betaald. Vaak moeten deze regelingen worden gevolgd voordat medische verzorging wordt ingeroepen, om naar behoren gedekt te zijn. Wanneer een verzekerde voor meer dan 72 uur in het ziekenhuis moet worden opgenomen als een inwonende patiënt buiten de VS, moet GMMI worden ingelicht. GMMI moet altijd betrokken worden in samenwerking met AFS wanneer het gaat om een dringende medische evacuatie. Zij zijn bereikbaar per e-mail op customerservice@gmmi.com of per telefoon in Florida, VS op 954.370.6468

In het geval van een auto-ongeluk

Indien een verzekerde bij een auto-ongeval gewond is geraakt, is het van belang dat bij de schade-informatie een ongevalsrapport wordt overgelegd. Dit verslag wordt gewoonlijk verkregen van de politie. Het verslag van het ongeval moet de namen, adressen en relevante verzekeringsinformatie bevatten van alle bestuurders die bij het ongeval betrokken waren.

Houdt u er rekening mee dat wanneer de verzekerde medische kosten oploopt als gevolg van een auto-ongeval, de verantwoordelijkheid voor deze kosten vaak wordt bepaald door de plaatselijke wetgeving.

In vele landen is een autoverzekering verplicht, en het Medische Plan voor deelnemers zal voor de betaling van claims in de eerste plaats een beroep doen op die dekking. Dit betekent dat de persoon (personen) die eigenaar is (zijn) van de auto('s) die bij het ongeval betrokken is (zijn), door de schadebeheerder om verzekeringsinformatie zal worden gevraagd.

In de VS zijn de uitgaven de verantwoordelijkheid van:

- de eigenaar van het voertuig waarin de verzekerde een passagier was, indien het ongeval plaatsvond in een staat met geen-fout wetgeving
- de autoverzekering van de schuldige bestuurder, indien het ongeval plaatsvond in een staat zonder no-fault wetgeving.

Over de verzekeraar voor het ziektekostenplan voor deelnemers

De verzekeraar voor het ziektekostenplan voor deelnemers is:

XL Insurance Company SE

Policy no. NT6000726998

Registered Office: 8 Stephen's Green, Dublin, 2 D02 VK30, Ireland.

Registered in Ireland No. 641686

XL Insurance Company SE (the Insurer) is een Europese naamloze vennootschap die onder toezicht staat van de Centrale Bank van Ierland.

Nadere gegevens zijn te vinden in het register van de Centrale Bank van Ierland op www.centralbank.ie

IX. Dekkingsoverzicht Extra Voordelen - verzekerd door Berkley

AFS biedt een pakket van aanvullende reisgerelateerde voordelen voor AFS deelnemers. Deze verzekering wordt verzorgd door Berkley Accident and Health en is van kracht voor alle deelnemers aan AFS programma's.

Dit programma biedt zeven soorten voordelen die nuttig kunnen zijn bij ziekte of letsel tijdens het reizen, maar die niet worden gedekt door het Medische Plan voor deelnemers.

1. **AD&D - \$10,000** - Uitkering in geval van overlijden ten gevolge van een ongeval. Minder hoge uitkeringen voor andere soorten verliezen, zoals verlies van ledematen of vermogens. Ook coma- en verlamningsuitkeringen.
2. **Emergency Dental Up to \$500** - Voor tandheelkundige behandeling ter verlichting van de pijn
3. **Emergency Reunion - Up to \$5,000** - Vliegtickets en/of logies voor een direct familielid om een deelnemer te bezoeken die gedurende ten minste 24 opeenvolgende uren in het ziekenhuis is opgenomen en op aanbeveling van de behandelende arts.
4. **Trip Interruption Benefit - Up to \$5,000** - Vliegtickets voor een deelnemer om naar huis terug te keren wegens een levensbedreigende ziekte, verwonding of het overlijden van een direct familielid.
5. **"Tail" Medical" - Up to \$100,000** - Dekt medische kosten tot één jaar na terugkeer in eigen land als gevolg van een ongeval (maar geen ziekte, met uitzondering van endemische ziekte) opgelopen tijdens het AFS-programma.
6. **Permanent Disability - Up to \$100,000** - Uitkering voor blijvende en totale invaliditeit ten gevolge van een ongeval (geen ziekte) opgelopen tijdens een AFS-programma.
7. **Bereavement and Trauma Counseling - Up to \$1500** - Tot 10 sessies tegen een maximum van \$150 per sessie als gevolg van een gedekt ongeval van de deelnemer. (Beschikbaar voor deelnemer en/of familie)

Aanvullende Uitkeringen worden verschaft in aanvulling op de dekking die wordt verschaft onder het Medische Plan voor deelnemers. De dekkingsvoorwaarden van deze voordelen verschillen van de dekkingsvoorwaarden van het Medische Plan voor deelnemers, dat medische kosten, medische evacuatie en repatriëring dekt. Er zijn geen aftrekposten of eigen bijdragen verschuldigd door de deelnemer.

Aanvullende Prestaties bieden een "secundaire" dekking en zijn niet verschuldigd indien er een primaire verzekering beschikbaar is, hetzij via een particuliere of nationale ziektekostenverzekering. Aanvullende Uitkeringen worden betaald als terugbetaling van kosten waarvoor een claim is ingediend.

Alle zeven aanvullende voordelen zijn onderhevig aan de uitsluitingen die aan het einde van dit pamflet staan vermeld. Sommige uitsluitingen zijn specifiek van toepassing op bepaalde prestaties. Hieronder volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de zeven prestaties.

1. Accidental Death and Dismemberment (AD&D)

In geval van overlijden van een deelnemer voorziet het Medische Plan voor deelnemers in een uitkering van \$10.000 bovenop de voorziene limiet voor gedekte medische kosten. Houdt u er rekening mee dat de Ongevallen Overlijdensdekking alleen betaalbaar is als gevolg van een verlies dat binnen 365 dagen na een gedekt ongeval optreedt. Er wordt geen uitkering gedaan voor verliezen veroorzaakt door ziekte.

In geval van verlies van ledematen, ogen, gehoor of spraak, of een combinatie van deze verliezen, zal het Medische Plan voor deelnemers een uitkering verstrekken van maximaal \$10.000, afhankelijk van de exacte aard van het verlies en gebaseerd op het schema van betalingen zoals bepaald in de verzekeringspolis. Neem contact op met AFS indien u meer informatie wenst over deze voordelen.

Verlamming: De AD&D uitkering zal 100% van de AD&D uitkering betalen in geval van volledige en onomkeerbare quadriplegie als gevolg van een gedekt verlies door verwonding. Het zal 75% van de uitkering betalen in geval van paraplegie (volledige en onomkeerbare verlamming van de onderste ledematen) of hemiplegie (volledige en onomkeerbare verlamming van één zijde) of 25% voor uniplegie, die van toepassing is op één ledemaat. Indien meer dan één soort AD & D-uitkering, of zowel een invaliditeits- als een AD & D-uitkering betaalbaar zijn ten gevolge van hetzelfde ongeval, zal slechts één uitkering van toepassing zijn, en dat zal de hoogste zijn.

Mishandeling: Er is een uitkering betaalbaar van \$10.000 voor een AD&D verlies dat optreedt als gevolg van een geweldsmisdrijf of misdadige aanval. Er moet een politierapport ingediend worden dat een opzettelijke aanval aantoonst. Het misdrijf moet geclassificeerd zijn als een misdrijf op de plaats waar de aanval plaatsvond, zoals een daadwerkelijke of poging tot overval of overval. De dekking strekt zich niet uit tot mishandeling door de deelnemer, een familielid of een lid van hetzelfde huishouden.

Woningaanpassing en voertuig aanpassing: Er is een uitkering van maximaal \$10.000 betaalbaar wanneer de verzekerde een gedekt verlies lijdt, anders dan verlies van leven, dat rechtstreeks het gevolg is van een gedekt ongeval en aanpassingsapparaten of aanpassingen aan woning of voertuig vereist om een onafhankelijke levensstijl te kunnen handhaven. Dit moet gebeuren binnen een jaar na de datum van het gedekte ongeval, en de verzekerde mag deze aanpassingen niet eerder nodig hebben gehad. De uitgaven moeten rechtstreeks toe te schrijven zijn aan aanpassingen die strikt noodzakelijk zijn.

Merk op dat de AD&D-uitkering geen verlies dekt dat het gevolg is van ziekte of aandoening. Hieronder vallen lichamelijke of geestelijke gebreken, bacteriële of virale infecties of medische of chirurgische behandelingen, met uitzondering van bacteriële infecties die het gevolg zijn van een onvoorziene uitwendige snijwond of wond of het onvoorziene binnenkrijgen van besmet voedsel.

2. Tandheelkundige noodgevallen

Dit biedt dekking tot \$500 voor de onmiddellijke verlichting van pijn. De dekking geldt tot 30 dagen nadat de gedekte ziekte of het gedekte ongeval zich heeft voorgedaan. De kosten kunnen tot 26 weken na de datum van de ziekte of het ongeval worden betaald.

Verzachting van pijn en infectie aan de tanden en verzachting van pijn en infectie aan het tandvlees is gedekt. Dit omvat de behandeling van abscessen en geïmpacteerde verstandskiezen. Het verwijderen van geïmpacteerde verstandskiezen wordt gedekt door deze verzekering, tenzij dit noodzakelijk is om de verspreiding van een infectie te voorkomen; in dat geval wordt de procedure behandeld in het kader van het Medisch Plan.

De meeste tandheelkundige restauratiediensten, zoals het aanbrengen van vullingen, kronen of bruggen, zijn niet gedekt, tenzij de procedure moet worden uitgevoerd voor de directe verlichting van pijn. Routinematige restauraties en amalgaam worden niet gedekt. Diensten, benodigdheden of behandelingen, met inbegrip van elke periode van ziekenhuisopname die niet is aanbevolen, goedgekeurd en gecertificeerd als medisch noodzakelijk, zijn niet gedekt.

Behandeling door een gezinslid wordt niet gedekt, evenmin als kosten die zonder deze verzekering niet vergoed zouden worden.

Routinematige tandheelkundige zorg en behandelingen zijn niet gedekt. Schade aan of verlies van een beugel is niet gedekt.

Onopzettelijk letsel aan gezonde, natuurlijke tanden wordt gedekt onder het Medische Plan voor deelnemers tot de polislimieten, zolang de kosten ontstaan als direct gevolg van een gedekte verwonding.

Zie de volledige lijst van uitsluitingen die van toepassing zijn op deze vergoeding op pagina 24.

3. Reünie-uitkering

Dit voorziet in een dekking tot \$5.000 voor goedkoop vervoer en/of verblijf voor een direct familielid om een deelnemer te bezoeken die meer dan 24 uur achtereen in het ziekenhuis is opgenomen als gevolg van een gedekte verwonding of ziekte, en waarbij de behandelend arts van mening is dat het nuttig zou zijn om het familielid aan de zijde van de deelnemer te hebben.

In geval van ernstige verwonding of ziekte, waarbij het leven van de deelnemer in gevaar is, kan de uitkering worden uitgebreid om twee gezinsleden op te vangen. Dit is onderworpen aan de goedkeuring van de beheerder en is onderworpen aan het uitkeringsmaximum van \$5.000.

"Naast familielid" betekent een persoon die op een van de volgende wijzen verwant is aan de Deelnemer: echtgenoot/echtgenote, zwager, schoonzus, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (met inbegrip van stiefouder), broer of zuster (met inbegrip van stiefbroer of stiefzus)

of kind (inclusief wettig geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind en grootouder, inclusief stiefgrootouder.

Alle reisregelingen moeten worden getroffen in overleg met of door de AFS Partner. Vergoeding van onkosten vindt pas plaats na goedkeuring door AON, de beheerder van het programma.

4. Reisonderbrekingsvergoeding

Deze uitkering biedt een vergoeding van maximaal \$5.000 voor een economy vliegticket en/of een ticket voor grondvervoer (zoals trein of bus). Dit geldt als de deelnemer moet terugkeren omdat een naast familielid is overleden of een levensbedreigende ziekte of verwonding heeft, zoals schriftelijk door een arts is vastgesteld. De ziekte of verwonding moet zo invaliderend zijn dat de reis redelijkerwijs onderbroken moet worden.

De uitkering voorziet ook in vervoer tegen een voordelige prijs om de deelnemer terug te brengen naar het AFS programma, zoals bepaald door AFS. Zowel de reis naar huis als de terugkeer kunnen de limiet van \$5.000 niet overschrijden.

"Direct familielid" betekent een persoon die op een van de volgende manieren verwant is aan de deelnemer: echtgenoot/echtgenote, zwager, schoonzus, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (inclusief stiefouder), broer of zus (inclusief stiefbroer of stiefzus) of kind (inclusief wettig geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind en grootouder, inclusief stiefgrootouder.

Van deze uitkering kan ook gebruik worden gemaakt wanneer de deelnemer ziek of gewond is, medisch geëvacueerd is naar een medische faciliteit en vanaf die plaats de reis naar huis moet voortzetten.

Alle reisarrangementen moeten worden gemaakt in overleg met of door de AFS Partner. Vergoeding van kosten vindt pas plaats na goedkeuring door AON, de beheerder van het programma. Eventuele bestaande tickets moeten eerst worden gebruikt.

5. "Medical Tail" Verzekering

Dit biedt dekking voor in aanmerking komende medische kosten tot \$ 100.000. Het geldt voor kosten gemaakt tot een jaar nadat een deelnemer terugkeert naar het thuisland als gevolg van letsel opgelopen bij een gedekt ongeval of een endemische ziekte opgelopen tijdens een AFS-programma.

De behandeling moet betrekking hebben op het opnieuw optreden of de voortzetting van de behandeling van een verwonding of een endemische ziekte die tijdens het AFS-programma is opgelopen. Bijvoorbeeld, als een deelnemer een arm breekt tijdens een AFS-programma en bij thuiskomst wordt geopereerd of behandeld op advies van een arts, kunnen deze kosten worden gedekt onder deze uitkering

Medische Staart kosten ten gevolge van ziekte tijdens een AFS programma zijn niet gedekt, tenzij veroorzaakt door een endemische ziekte. Een endemische ziekte is een ziekte die uitsluitend of uitsluitend voorkomt op een bepaalde plaats of bij een bepaalde bevolking van de plaats die de deelnemer bezoekt, zoals malaria. Alle gerelateerde aandoeningen en terugkerende symptomen van dezelfde of een vergelijkbare aandoening zullen worden beschouwd als één gedekte ziekte.

Uitgaven gedekt door de Medical Tail uitkering zijn:

- Semi-private kamer en pension in een ziekenhuis of gebruik van een ambulantly medisch centrum
- Diensten van een arts of een gediplomeerd verpleegkundige
- Anesthesie en toediening
- Laboratoriumtests en radiologische diensten
- Bloedproducten en transfusies
- Zuurstof en de toediening ervan
- Verhuur van duurzame medische hulpmiddelen
- Kunstledematen of andere prothesen (maar geen vervanging van deze artikelen)
- Gipsverband, spalken, spanten, krukken en beugels (maar geen vervanging van deze artikelen, of tandbeugels)
- Fysiotherapie, indien aanbevolen door een arts voor de behandeling van een specifieke invaliditeit en toegediend door een gediplomeerd fysiotherapeut
- Geneesmiddelen en geneesmiddelen die alleen op schriftelijk voorschrift van een arts of een chirurg kunnen worden verkregen.

In sommige gevallen is de dekking van de aanvullende prestaties niet zo ruim als die van het Medische Plan voor Deelnemers. Bijvoorbeeld, kosten van een mentale/zenuwziekte zouden gedekt zijn onder het Deelnemers Medisch Plan. Deze kosten zouden niet gedekt zijn onder de Medische Uitkering bij Ongevallen.

De Medical Tail uitkering komt alleen tegemoet aan ziekte die voortkomt uit endemische ziekte. Zij biedt geen dekking voor andere ziekten of infecties dan bacteriële infecties ten gevolge van een snijwond of een wond, of het per ongeluk inslikken van besmet voedsel.

De kosten van cosmetische chirurgie zijn niet gedekt, met uitzondering van reconstructieve chirurgie die noodzakelijk is ten gevolge van een letsel. Zelfmoord, poging tot zelfvernietiging, of opzettelijk zichzelf toegebracht letsel is niet gedekt.

Zie pagina 24 van dit pamflet voor meer uitleg over uitsluitingen die van toepassing zijn op de Medical Tail uitkering

6. Verzekering voor blijvende totale invaliditeit

Dit voorziet in een uitkering van maximaal \$100.000 als gevolg van blijvende en totale invaliditeit door een ongeval dat plaatsvindt tijdens het AFS-programma. Invaliditeit te wijten aan ziekte, inclusief mentale of zenuwaandoeningen, wordt niet gedekt.

Blijvende totale invaliditeit betekent dat, als gevolg van een gedekt ongeval dat plaatsvindt tijdens het AFS programma, de deelnemer niet in staat is de normale en gebruikelijke activiteiten van een gezond persoon van gelijke leeftijd en geslacht uit te voeren, en naar verwachting zo invalide zal blijven, zoals verklaard door een arts, voor de rest van zijn of haar leven.

Als de deelnemer in loondienst is: Na de eerste 12 maanden betekent dit dat hij of zij niet in staat is de wezenlijke en belangrijke taken te verrichten van een beroep waarvoor hij of zij gekwalificeerd is of kan worden op grond van onderwijs, ervaring of opleiding en dat hem of haar in wezen dezelfde verdien capaciteit zou verschaffen als de verdien capaciteit die hij of zij had vóór het begin van de invaliditeit

Er is geen dekking voor invaliditeit die blijvend maar niet volledig is, of voor invaliditeit die volledig maar niet permanent is. Bijvoorbeeld, een blijvende invaliditeit aan een deel van het lichaam, zoals een hand of voet, wordt niet beschouwd als totale blijvende invaliditeit.

Coma: Er is een uitkering van \$10.000 verschuldigd indien de verzekerde binnen 31 dagen na een gedekt ongeval in coma raakt en gedurende 31 dagen in coma blijft. Coma ten gevolge van ziekte is niet gedekt. 1% van de uitkering is maandelijks betaalbaar gedurende 11 maanden en vervolgens als een forfaitair bedrag na 12 maanden.

Zie pagina 24 van deze brochure voor meer uitsluitingen die van toepassing zijn op de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

7. Uitkering voor rouw- en traumabegeleiding

Deze uitkering dekt maximaal tien sessies tegen een maximum van \$150 per sessie. De sessies kunnen plaatsvinden voor de deelnemer en/of één of meer van zijn naaste familieleden, als gevolg van een gedekt ongeval van de deelnemer dat het verlies heeft veroorzaakt. Ziekte is geen gedekte oorzaak van verlies. De begeleiding moet worden verstrekt onder de hoede, het toezicht of het bevel van een arts, en wordt alleen gedekt indien er kosten voor de dienst in rekening zouden zijn gebracht als deze uitkering niet zou hebben bestaan.

De kosten moeten worden gemaakt binnen een jaar na de datum van het gedekte ongeval dat de schade heeft veroorzaakt. Deze uitkering kan worden gebruikt in combinatie met de Medische Staart Uitkering.

Onder "naast familielid" wordt verstaan een persoon die op een van de volgende wijzen verwant is aan de deelnemer: echtgenoot, zwager, schoonzuster, schoonzoon, schoondochter, schoonmoeder, schoonvader, ouder (met inbegrip van stiefouder), broer of zuster (met inbegrip van stiefbroer of stiefzus) of kind (met inbegrip van wettig geadopteerd kind of stiefkind), kleinkind en grootouder, met inbegrip van stiefgrootouder.

ALGEMENE UITSLUITINGEN VAN ALLE "AANVULLENDE UITKERINGEN" verzekerd door Berkley: AD&D, Tandheelkunde, Reünie, Reisonderbreking, Reismedicatie, Permanente Volledige Invaliditeit, en Rouw- & Traumabegeleiding.

Deze uitsluitingen zijn van toepassing bovenop de uitsluitingen bepaald in de beschrijvingen van de zeven Aanvullende Prestaties.

Merk op dat deze uitsluitingen los staan van de uitsluitingen die van toepassing zijn op het Medische Plan. Deze worden in een afzonderlijk hoofdstuk van deze brochure beschreven.

Deze verzekering biedt geen dekking voor gebeurtenissen die hetzij qua oorsprong, hetzij qua omvang, rechtstreeks of onrechtstreeks, op directe of indirecte wijze te wijten zijn aan of het gevolg zijn van:

- Routine onderzoeken, visie of tandheelkundige zorg
- Reizen om medische verzorging te zoeken of kosten gemaakt voor reizen die geen deel uitmaken van het AFS-programma
- Vlucht in een luchtvaartuig voor luchtvaartnavigatie, behalve als betalende passagier in een reguliere commerciële luchtvaartmaatschappij of als passagier in een niet-geregeld privévliegtuig; niet als passagier in een luchtvaartuig dat niet bedoeld is voor het vervoer van passagiers, of luchtvaartuigen die gebruikt worden voor test- of experimentele doeleinden, of luchtvaartuigen die door AFS worden geleased
- Routinematige kinderverzorging
- Zwangerschap of bevalling, tenzij de behandeling noodzakelijk is ten gevolge van een medisch noodgeval
- Zelfmoord, zelfvernietiging, of poging tot zelfvernietiging bij gezond verstand of bij krankzinnigheid
- Opzettelijk zelf toegebracht letsel
- Militaire dienst
- Ziekte of aandoening, met uitzondering van bacteriële infectie ten gevolge van een uitwendige snijwond of wond of het per ongeluk inslikken van besmet voedsel (deze uitsluiting is niet van toepassing op de dekking van endemische ziekten in het kader van de medische dekking)
- Behandeling door een naast familielid of huisgenoot
- Mentale of nerveuze ziekte of rustkuren
- Cosmetische chirurgie, met uitzondering van reconstructieve chirurgie ten gevolge van een ongeval.
- Oogonderzoek voor corrigerende lenzen; brillen, contactlenzen, gehoorapparaten
- Procedures die niet als medisch noodzakelijk worden beschouwd, of van niet-medische aard zijn.
- Behandeling of diensten door een verpleegkundige van de particuliere sector
- Oorlog of enige oorlogshandeling, verklaard of niet verklaard

Voor een volledige beschrijving van alle voorwaarden voor deze aanvullende uitkeringen verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden. Deze is verkrijgbaar bij het plaatselijke AFS nationaal kantoor.

Dit pamflet wordt verstrekt als een korte samenvatting van de dekking onder het AFS Medisch Plan en is geen verzekeringspolis. Als er enige discrepantie is tussen de verzekeringspolis en het pamflet, zal de verzekeringspolis regeren.

Indiening van aanvragen voor het programma aanvullende voordelen:

Schadeclaims moeten rechtstreeks bij Aon in Nederland worden ingediend. AON is de claims administrator voor Berkley, de verzekeringsmaatschappij. Let op: declaraties voor het Aanvullend Pensioen programma dienen niet naar GMMI te worden gestuurd, aangezien zij alleen de declaratiebeheerder zijn voor het Medisch Plan en niet voor deze aanvullende voordelen.

Terugbetaling van declaraties voor extra uitkeringen zal waar mogelijk in de lokale valuta plaatsvinden.

De originele ontvangstbewijzen en een beschrijving van het incident moeten bij de claim worden gevoegd. In sommige gevallen kan een doktersverklaring of brief worden geëist om de claim of verdere behandeling te onderbouwen. Claims moeten binnen 90 dagen na de datum van het incident bij AON worden ingediend bij:

Aon Consulting
AFS Claims Team
Ronald Enderman
Admiraliteitskade 62, Rotterdam
Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam, Netherlands

email: afs@aon.nl
telephone: +31.10.448.82.38
fax: +31.10.448.87.24

Schadeclaims die later dan 90 dagen na de datum van het voorval worden ingediend, kunnen mogelijk niet worden betaald.