



Connecting Lives, Sharing Cultures

Opuscolo medico Programmi Interculturali AFS

Contiene informazioni sulla copertura medica e
sull'assicurazione integrativa fornite a tutti i partecipanti AFS.

Aggiornato settembre 2020

ASPETTI PRINCIPALI DELL'OPUSCOLO MEDICO AFS

Persone coperte	Partecipanti ai Programmi AFS in Francia, Germania, Paraguay e Thailandia						
Territorio	In tutto il mondo, eccetto che nel paese di origine del partecipante.						
Periodo di copertura	La copertura inizia nel momento in cui il partecipante raggiunge il luogo delle partenze internazionali e finisce al verificarsi del primo dei seguenti eventi: la data in cui si abbandona il programma AFS o il ritorno nel paese di origine.						
Copertura medica	<table> <tr> <td>Spese mediche per sinistri coperti:</td><td>fino a USD 1.000.000</td></tr> <tr> <td>Evacuazione medica d'emergenza</td><td>fino a USD 1,000,000</td></tr> <tr> <td>Rimpatrio della salma</td><td>fino a USD \$100,000</td></tr> </table>	Spese mediche per sinistri coperti:	fino a USD 1.000.000	Evacuazione medica d'emergenza	fino a USD 1,000,000	Rimpatrio della salma	fino a USD \$100,000
Spese mediche per sinistri coperti:	fino a USD 1.000.000						
Evacuazione medica d'emergenza	fino a USD 1,000,000						
Rimpatrio della salma	fino a USD \$100,000						
Spese deducibili e quota a carico dell'assistito	Nessuna						
Principali esclusioni (Vedere pagina 10-12 per una lista dettagliata)	Cure oculistiche di routine (esami oculistici, occhiali, lenti a contatto), eccezion fatta per quelle dovute a infortunio Cure dentistiche, eccezion fatta per quelle dovute a infortunio. (cfr. la sezione sull'Assicurazione integrativa per i dettagli delle cure dentistiche) Interventi chirurgici non urgenti Esami generici Esami di medicina sportiva, vaccinazioni, immunizzazioni Qualunque malattia preesistente; ossia, una malattia per la quale sia stato richiesto o fornito un trattamento nei diciotto mesi precedenti all'arrivo del partecipante al luogo delle partenze internazionali. Il periodo di esclusione scende a 45 giorni prima della data di partenza se le condizioni per le quali l'assunzione di medicinali o prescrizioni mediche restano invariate senza che vi sia stata alcun cambiamento nella prescrizione necessaria.						
Presentazione di richiesta di rimborso medico:	Negli USA: GMMI 1300 Concord Terrace, Suite 300 Sunrise, Florida 33323 USA e-mail: customerservice@gmmi.com Tel.: 1 888-444-7773 (numero verde) Fuori dagli USA: Aon Consulting AFS Claims Team Ronald Enderman Admiraliteitskade 62 Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam Paesi Bassi +31 10-448-8238 afs@aon.nl						
Numero per le emergenze mediche	GMMI Negli USA 1.888.444.7773 (numero verde) Fuori dagli USA +1.954.370.6468 (a carico del destinatario)						

<u>INDICE</u>	<u>PAGINE</u>
I. Introduzione	4
II. Cos'è l'assicurazione secondaria?	4
III. Definizioni	4
Spese mediche rimborsate dalla Copertura	
Spese deducibili e quota a carico dell'assistito	
Territorio di copertura	
Quando inizia e quando termina la copertura	
IV. Copertura delle spese mediche	6
V. Tesserino medico identificativo	6
VI. Servizio di assistenza medica	7
VII. Evacuazione medica	7
VIII. Spese di rimpatrio	8
IX. Esclusioni dalla copertura	8
Spese oculistiche e dentistiche di routine	
Esami, vaccinazioni o cure preventive di routine	
Malattia preesistente	
Interventi chirurgici non urgenti	
Lista completa delle esclusioni	
X. Presentazione di richiesta di risarcimento medico	10
Per spese sostenute negli USA	
Per spese sostenute al di fuori degli USA	
In caso di incidente d'auto	
Indennità aggiuntive	13
Riepilogo di copertura	13
Morte accidentale e mutilazioni	14
Emergenza dentistica	14
Indennità di ricongiungimento	15
Indennità per interruzione soggiorno all'estero	15
Assicurazione per conseguenze mediche	16
Invalidità permanente e totale	17
Supporto psicologico per decessi o traumi	17
Esclusioni generali per tutte le indennità aggiuntive	18
Domande risarcimento per indennità aggiuntive	18

Questo opuscolo costituisce un breve riassunto della copertura fornita dalla Copertura Medica AFS e non è una polizza assicurativa. In caso di discrepanza tra la polizza assicurativa e l'opuscolo, farà fede la polizza.

Spese mediche per i partecipanti ai programmi AFS

I Introduzione

AFS fornisce la Copertura Medica per il Partecipante, un'ampia assicurazione medica secondaria, poiché i costi e le assicurazioni sanitarie variano in modo considerevole da paese a paese. Lo scopo di questa copertura assicurativa è quello di garantire che un trattamento medico immediato ed adeguato sia fornito ai partecipanti AFS ovunque nel mondo, in qualunque momento ciò si renda necessario. Se un partecipante subisce un infortunio inatteso o si ammala mentre sta svolgendo il programma AFS, AFS provvederà a garantire che le spese mediche del partecipante o della partecipante vengano pagate.

La Copertura Medica per il Partecipante viene trattata nel Contratto di Partecipazione, che le famiglie firmano come parte del processo di ammissione dello studente. Lo scopo di questo opuscolo è quello di descrivere le spese mediche coperte secondo i termini del Contratto di Partecipazione, e di indicare quali spese ne siano invece escluse.

La Copertura Medica per il Partecipante copre le spese mediche dirette. La polizza assicurativa è stipulata da AFS come copertura per tutti i partecipati ai programmi AFS e sottoscritta dalla compagnia assicurativa Europ Assistance S.A. Irish Branch.

III Cos'è l'assicurazione secondaria?

Il concetto di assicurazione "primaria" e "secondaria" è ben affermato nel settore sanitario. La Copertura Medica per il Partecipante AFS funziona come una forma di copertura secondaria. Essa risponde per la copertura delle spese mediche solo se queste non sono rimborsabili attraverso una polizza primaria, come un piano sanitario nazionale o un'assicurazione privata sottoscritta dalla famiglia naturale.

Il processo di "recupero delle spese" aiuta AFS a controllare il costo della sua copertura medica. Laddove possibile, AFS cercherà di far sì che qualunque assicurazione primaria disponibile rimborsi AFS per le spese di risarcimento medico sostenute. Ove non esista alcuna assicurazione primaria, la Copertura medica del partecipante funziona come fonte primaria di pagamento per le spese mediche. Ciò permette alla Copertura medica del partecipante di continuare a pagare le spese sostenute nei diversi casi in cui l'assicurazione primaria del partecipante non sia disponibile, sufficiente, o non permetta di affrontare l'intero problema medico.

III Definizioni

Spese mediche rimborsate dalla copertura

Quando ci riferiamo alla "copertura", intendiamo l'accordo sottoscritto per il pagamento delle seguenti spese sostenute dai partecipanti che posseggano i requisiti:

Spese mediche
Evacuazione medica, compreso elisoccorso
Spese di rimpatrio

Ciascuno dei seguenti tipi di copertura verrà spiegato in una sezione di questo opuscolo.

Un partecipante che possiede i requisiti è uno studente che sta partecipando al programma AFS.

Un "sinistro coperto" è un infortunio o una malattia che non sia escluso dalla Copertura Medica per il Partecipante. Benché la Copertura Medica del partecipante copra un vasto numero di sinistri, essa non ne copre tutti i tipi. Una lista di esclusioni, o di spese mediche non coperte, si trova nella Sezione IX, pagine 9- 10.

Limite di copertura per infortunio o malattia

Come descritto nel Contratto di Partecipazione, i partecipanti ai programmi usufruiscono di un limite massimo di copertura pari a USD 1.000.000 per infortunio coperto, mentre partecipano a un programma AFS.

AFS non fornisce una copertura di spese mediche superiore a USD 1.000.000 per ogni singolo infortunio coperto. Tuttavia, se un partecipante dovesse subire più di un infortunio o di una malattia, un nuovo limite di copertura si applicherà a ciascun infortunio.

Inoltre, la copertura fornisce un massimale di USD 1.000.000 per evacuazione medica d'emergenza.

La copertura prevede inoltre un limite massimo di USD 100.000 per rimpatrio della salma.

Spese deducibili e quote a carico dell'assistito

Ai partecipanti non è richiesto il pagamento di alcuna spesa deducibile, né di alcuna quota a carico secondo questo programma di copertura.

Territorio di copertura

La Copertura copre il partecipante, ovunque si trovi nel mondo, per qualunque infortunio e/o malattia si verifichi durante lo svolgimento del programma. Non risponde per eventi e danni avvenuti nel paese di residenza del partecipante. Si noti che ci sono alcune disposizioni speciali per la Copertura Medica quando la formazione avviene nel paese di residenza del partecipante immediatamente prima della partenza, descritte nella sezione successiva.

Quando inizia e quando termina la copertura

La copertura inizia non appena il partecipante raggiunge il luogo delle partenze internazionali per il programma AFS, che può essere un aeroporto o un punto di ritrovo per attività prima della partenza.

Il periodo in cui uno o più partecipanti si riuniscono per l'orientamento mentre sono ancora nel proprio paese, nelle quarantotto ore prima della partenza internazionale, è chiamato periodo pre-partenza. Durante questo periodo, il partecipante beneficia della Copertura Medica per spese mediche causate da incidenti.

Questa copertura è secondaria, cioè risponde per la copertura delle spese mediche solo se queste non sono rimborsabili attraverso una polizza primaria, come un piano sanitario nazionale.

I servizi di evacuazione d'emergenza e di assistenza medica vengono offerti durante il periodo sopraindicato se si verifica un incidente o una malattia coperti dal piano sanitario. Se il partecipante è nel suo paese d'origine, per evacuazione d'emergenza si intende il trasporto dello stesso presso una struttura medica adeguata. Tuttavia, l'assicurazione che paga le spese mediche per malattia, attraverso la Copertura Medica entra in vigore solo quando il partecipante sale a bordo dell'aeroplano o il vettore per il viaggio internazionale verso il paese ospitante.

Questo significa che se il partecipante dovesse soffrire di una malattia come l'appendicite o l'influenza durante il periodo pre-partenza i servizi di assistenza medica e di evacuazione medica saranno disponibili, ma i costi relativi alla malattia saranno a carico della famiglia naturale o di un'eventuale copertura assicurativa della famiglia naturale. Il periodo di pre-partenza termina nel momento in cui il partecipante si imbarca sull'aereo o su altri mezzi di trasporto per il viaggio internazionale. Finché il partecipante prosegue la sua partecipazione al programma AFS, possiede i requisiti per beneficiare della piena Copertura.

La partecipazione al programma AFS significa svolgere le normali attività richieste ad ogni partecipante AFS. I partecipanti dovranno frequentare la scuola o ad altre attività strutturate elencate nella descrizione del programma su base full-time. Altre attività obbligatorie includono, ma non sono limitate a, partecipazione attiva nella vita quotidiana della famiglia ospitante, partecipazione a eventi AFS locali e regionali, e coinvolgimento nelle attività tipiche extra-curricolari e sociali. La determinazione finale se il partecipante è in grado di rimanere nel programma compete a AFS.

La copertura termina al verificarsi del primo dei seguenti eventi: il ritorno nel paese di origine o l'uscita dal Programma AFS. Quindi, l'espressione "la copertura termina" si riferisce alla situazione in cui o AFS o il partecipante determinano la fine del programma. L'espressione "ritorno nel paese di origine" si riferisce all'effettivo viaggio di ritorno del partecipante verso il paese di origine.

Una volta che il partecipante ha lasciato il programma AFS o è tornato al paese di origine, la Copertura termina e la famiglia inviante ritorna ad essere responsabile delle spese mediche dello stesso o della stessa, anche se l'infortunio o la malattia siano avvenuti durante il programma.

Per tale ragione, le famiglie invianti dovrebbero accertarsi, prima della partenza del partecipante per il programma AFS,

che un'assicurazione medica o un'assistenza medica sia garantita nel paese di origine, nel caso in cui il loro figlio o la loro figlia, al ritorno, necessitino di assistenza medica. Potrebbe non essere possibile ottenere una copertura quando il partecipante è già ammalato o ferito, poiché ciò potrebbe configurarsi come una condizione preesistente. ***Per tale motivo, AFS consiglia caldamente alle famiglie invianti di mantenere l'assicurazione per i propri figli mentre essi partecipano al programma AFS.***

IV Copertura delle spese mediche

Le spese mediche si riferiscono alle spese sostenute per l'adeguata cura medica nei confronti di un partecipante che possiede i requisiti, mentre si trova nel programma AFS. La Copertura paga solo per le spese mediche urgenti relative a sinistri coperti che possano derivare da incidenti o malattie improvvise non esclusi dalla Copertura.

Come è tipico per le spese mediche, la Copertura paga le spese a prezzi "ragionevoli e consuetudinari" normalmente usati dai medici della zona in cui la cura viene fornita.

Esempi di spese mediche coperte dalla Copertura Medica:

1. Fatture emesse dall'ospedale per i servizi di degenza e utilizzo delle sale operatorie; centri servizi medico-chirurgici ospedalieri o ambulatoriali;
2. Fatture per diagnosi, trattamenti e chirurgia emesse da un medico, un chirurgo, un infermiere laureato o un osteopata. Per medico si intende un professionista abilitato a fornire servizi medici agendo nell'ambito della loro licenza, che non sia un familiare o un convivente;
3. Le spese sostenute per l'acquisto e la somministrazione di anestetici;
4. I costi sostenuti per esami a raggi X, trattamenti e test di laboratorio;
5. Il costo della fisioterapia, se raccomandata da un medico in relazione al trattamento di una specifica invalidità e se eseguita da un fisioterapista autorizzato;
6. Sedute di chiropratica;
7. Medicine, terapie, protesi e servizi terapeutici ottenuti su prescrizione scritta da un medico o un chirurgo;
8. I servizi di ambulanza.

Da evidenziare che i seguenti servizi sono soggetti a una copertura limitata:

- Sedute di chiropratica – 12 sedute durante l'intera durata del programma AFS;
- Servizi di salute mentale – 12 sedute durante l'intera durata del programma AFS;
- Terapia riabilitativa (fisica, del linguaggio e occupazionale) - 12 sedute combinate durante l'intera durata del programma AFS.

Fare riferimento alle esclusioni indicate alla Sezione IX di questo opuscolo per una lista delle spese non coperte dalla Copertura.

E' responsabilità della famiglia inviante provvedere alla copertura delle spese mediche del partecipante che sono escluse dalla Copertura. Nel caso in cui AFS paghi per tali spese anticipatamente per assistere il partecipante al momento della malattia o dell'infortunio, ai genitori invianti verrà richiesto in seguito di rimborsare la Copertura Medica per il Partecipante.

V Tesserino medico identificativo

AFS fornisce ai partecipanti un tesserino medico identificativo che può essere utilizzato per certificare di avere diritto alla copertura delle spese mediche per la durata del programma AFS e che le stesse verranno coperte dalla Copertura. Ciascun tesserino contiene il numero telefonico reperibile 24 ore su 24 che un professionista medico o un ospedale possono chiamare per avere conferma della copertura per il partecipante che possiede i requisiti, nel

caso in cui l'ufficio locale sia chiuso o nel caso di una vera e propria emergenza medica.

VI Servizio di assistenza medica

Al fine di adempiere alle proprie responsabilità verso i partecipanti, AFS e l'Istituto assicurativo hanno stipulato un accordo con GMMI, un'organizzazione che fornisce assistenza medica ai viaggiatori. GMMI aiuta a ottenere o a qualificare l'assistenza medica in tutto il mondo e fornisce il servizio di evacuazione medica, ove richiesto.

Ottenere cure mediche significa trovare il personale e le strutture adeguate per curare i problemi medici di un partecipante quando questi si trovi in un paese ospitante. Ciò significa anche ottenere una seconda valutazione medica o fornire ai partecipanti i medicinali, mentre essi si trovano nel programma AFS. GMMI trova accordi con una rete di fornitori di servizi medici in tutto il mondo per offrire opzioni di cura di qualità e con un buon rapporto qualità-prezzo per la cura dei partecipanti AFS. Nel momento in cui è GMMI a proporre una possibile e adeguata soluzione che preveda l'uso di un fornitore di servizi medici ad esso affiliato, la copertura delle spese mediche viene garantita secondo le indicazioni fornite da GMMI. Nel caso in cui la famiglia inviante del partecipante decida di affidarsi a un fornitore diverso da quello indicato da GMMI, i costi e l'organizzazione sono da considerarsi a carico della famiglia inviante e non di AFS.

Qualificare le cure mediche significa determinare che la struttura medica del paese ospitante presso la quale il partecipante potrebbe essere già stato ospedalizzato sia adeguata per la cura. Ciò può anche significare il fatto di ottenere una seconda valutazione da parte di un professionista medico locale o da parte di un professionista medico facente parte del network di assistenza.

GMMI amministra il rimborso delle spese mediche e fornisce assistenza medica per AFS. GMMI ha a disposizione uno staff medico disponibile in tutto il mondo 24 ore su 24. GMMI, con il proprio staff, integra il network di AFS già esistente di Partner e volontari in tutto il mondo, quando si verifica un problema medico. L'assistenza medica permette a AFS International, oltre che ai Partner di AFS nei paesi ospitanti e invianti, di consultare specialisti medici in caso di emergenza. Essi possono anche ottenere congiuntamente delle valutazioni sul caso e tenersi in contatto per quanto riguarda gli sviluppi successivi.

Nel caso in cui per il partecipante sia consigliabile un altro tipo di cura medica o di struttura, il network di assistenza si occuperà di organizzare il trasferimento del partecipante all'interno del paese ospitante, oppure verso una struttura situata nel paese di origine del partecipante.

VII Evacuazione medica

L'evacuazione medica si riferisce alle spese di trasporto di partecipanti gravemente ammalati, che a volte comportano, dietro richiesta medica, la necessità di un accompagnatore. Questa generalmente consiste nel ritorno del partecipante nel suo paese di origine. Ciò comporta anche l'abbandono da parte del partecipante del programma AFS e la fine della copertura medica, una volta che il partecipante sia stato trasferito nel paese di origine o nella struttura medica richiesta.

Nel caso in cui al partecipante che abbia lasciato il programma a causa dell'evacuazione medica o uscita dal programma per motivi medici, venga permesso di rientrare nel programma, i costi del viaggio di ritorno non sono sostenuti dalla Copertura. Questi costi sono a carico della famiglia del partecipante.

A volte, potrebbe essere necessario trasferire un partecipante in un'altra località all'interno del paese ospitante al fine di ricevere cure mediche adeguate, continuando a partecipare al programma AFS. La Copertura pagherà per le spese mediche sostenute per tale evacuazione solo se il partecipante potrà continuare a portare avanti attivamente alle attività del programma AFS.

In casi molto rari un professionista medico potrebbe suggerire il trasferimento presso una struttura medica che non sia situata né nel paese di origine né nel paese ospitante. AFS considera questa evenienza come un abbandono del programma da parte del partecipante. In questo caso, la Copertura coprirà il costo dell'evacuazione medica, ma la copertura terminerà quando il partecipante arriverà presso la struttura e le spese mediche, da quel momento, saranno di responsabilità dei genitori invianti.

La Copertura organizzerà e coprirà le spese dell'evacuazione medica, con un limite massimo di USD 1,000.000, quando un professionista medico la prescriva per iscritto al partecipante che ne abbia necessità. Ciò

sarà organizzato attraverso GMMI. L'organizzazione potrà riguardare un ritorno anticipato tramite vettore aereo commerciale o tramite aereo attrezzato per cure mediche, con la presenza di personale. L'evacuazione medica non copre il costo sostenuto per il viaggio di qualunque altra persona, o per qualunque altra ragione.

VIII Spese di rimpatrio

Vi preghiamo di notare che le **Spese di rimpatrio** non si riferiscono all'evacuazione medica o alle normali spese di viaggio. Esse si riferiscono alla particolare organizzazione di viaggio necessaria quando una persona che abbia diritto alla Copertura sia deceduta. In tale evenienza, AFS organizzerà tutto quanto necessario per il viaggio in collaborazione con GMMI. La Copertura paga le spese di rimpatrio fino ad un limite di USD 100,000 quando le stesse deriveranno da un sinistro coperto.

IX Esclusioni dalla Copertura

Non tutte le spese mediche ricadono sotto la responsabilità della Copertura. Alcune spese, come quelle che i participantipossono **prevedere, decidere o controllare** non rientrano nella Copertura.

Altri tipi di spese escluse sono quelle non considerate **necessarie dal punto di vista medico**. La Copertura è concepita solo per coprire le spese dei servizi e delle forniture mediche impreviste, che un professionista medico certifichi siano necessari per ristabilire la salute di un partecipante.

Infine, alcuni tipi di spese non possono essere coperti dal momento che non è possibile una loro adeguata valutazione, ad esempio **il rischio di guerra nel paese del partecipante o negli Stati Uniti**.

Tuttavia, l'esclusione relativa a perdite derivanti da guerra o atti di guerra, dichiarati o meno, non si applica a perdite derivanti da atti di terrorismo.

Spese oculistiche e dentistiche di routine

Come descritto nel Contratto di Partecipazione, la Copertura non ha la responsabilità di alcuni tipi di spese mediche, che sono considerate come parte prevedibile della vita quotidiana. Esse includono **le spese oculistiche di routine**, come gli esami oculistici di routine, gli occhiali o le lenti a contatto. La copertura per spese dentistiche fornita dalla Copertura è limitata ai trattamenti dentistici necessari a causa di un incidente, qualora essi siano prescritti da un professionista medico. Questo prevede la copertura delle spese di estrazione chirurgica dei denti del giudizio quando si rende necessaria per prevenire la diffusione di infezioni.

Esami, vaccinazioni o cure preventive di routine

La Copertura non paga per **le cure di routine, le inoculazioni, le vaccinazioni o gli esami**, anche se richiesti dalle scuole. Per esempio, le scuole spesso richiedono esami sportivi per permettere ai partecipanti di prendere parte alle attività sportive della scuola. I partecipanti e/o i genitori invianti devono pagare direttamente per queste spese in quanto non si tratta di spese derivanti da un incidente o malattia improvvisa. Se la famiglia ospitante, o AFS pagano queste spese, AFS chiederà un rimborso alla famiglia naturale.

Cos'è una malattia pre-esistente?

Inoltre, come specificato nel Contratto di Partecipazione, la Copertura non è responsabile per le spese mediche relative a una malattia preesistente. Una **malattia preesistente** è una malattia per la quale è stato richiesto o fornito un trattamento nei diciotto mesi precedenti l'arrivo del partecipante al luogo delle partenze internazionali.

C'è una speciale considerazione per le condizioni in cui l'uso di farmaci prescritti è ben controllata. L'esclusione comprende tutte le condizioni che richiedono l'assunzione di farmaci prescritti, a meno che la condizione per cui è assunto il farmaco prescritto o la medicina è controllato per un periodo di 45 giorni prima dell'arrivo del partecipante, senza alcun cambiamento nella prescrizione richiesta.

Questo significa che se nel periodo di "controllo" di 45 giorni non vi sono variazioni, alcune condizioni mediche potrebbero non essere soggette alle condizioni pre-esistenti di esclusione. Un esempio può essere un partecipante

con diabete la cui prescrizione di insulina non ha subito alcun cambiamento nei 45 giorni prima della partenza per il programma AFS. Questa persona può usufruire della Copertura Medica non considerando il diabete come una condizione pre-esistente.

Per chiarire, questo si riferisce nello specifico alla Copertura per un'emergenza medica che può verificarsi, connessa a o causata da una malattia cronica. Nel nostro esempio, potrebbe essere un partecipante con un diabete controllato che soffre di un'inaspettata complicazione della malattia mentre è in programma.

Questo non significa che il partecipante beneficia della Copertura Medica per le spese previste per la cura della sua malattia cronica durante il programma AFS. Il costo dell'insulina quotidiana per la regolare cura di qualcuno che soffre di diabete, per esempio, sarebbe una spesa prevista e non inclusa nella Copertura Medica.

Come l'Opuscolo medico illustra nella sezione qui sopra, l'assicurazione medica di viaggio tipicamente esclude le spese o le cure che sono di routine o che possono essere previste.

Nel caso in cui la Copertura paghi per spese mediche che risultino essere state determinate da una malattia pre-esistente, un rimborso sarà richiesto alla famiglia inviante. Se un partecipante soffre di una malattia qualificabile come pre-esistente, o di routine o prevedibile, la famiglia di origine dovrà sostenere i costi relativi a tale malattia che possono insorgere durante lo svolgimento del programma AFS. Qualora esista una polizza assicurativa a copertura di tale malattia, la famiglia inviante dovrebbe mantenere in essere tale assicurazione anche durante il periodo dello svolgimento del programma AFS.

Lista delle spese escluse data la loro prevedibilità o scelta

Visite oculistiche di routine
Visite dentistiche di routine
Esami fisici di routine
Esami fisici scolastici
Inoculazioni
Vaccinazioni
Malattie pre-esistenti
Cure anticoncezionali
Medicinali o visite di controllo per malattie croniche

Esclusione per interventi chirurgici non urgenti

La Copertura copre interventi necessari a seguito di un'emergenza medica.

Un'emergenza è una condizione sufficientemente grave, in cui la mancanza di adeguate cure mediche potrebbe mettere in serio pericolo la salute di un partecipante

Un intervento chirurgico non urgente è definito come: (1) intervento di chirurgia elettiva (2) una procedura che può essere rimandata al periodo successivo alla fine del programma AFS, che non prevede un'emergenza medica (3) una procedura chirurgica considerata non urgente o d'emergenza e che non necessita di essere effettuata mentre il partecipante è in programma. Un esempio riguarda alcuni interventi ortopedici dovuti a infortuni sportivi.

Se emergono dubbi circa la necessità e urgenza dell'intervento, sarà GMMI a consultare il medico curante e AFS per valutarne l'urgenza.

Lista completa delle esclusioni dalla Copertura Medica per il Partecipante

- Servizi, forniture e trattamenti non certificati come necessari e ragionevoli da un medico
- Spese mediche verificatesi nel paese di origine del partecipante o sostenute da un partecipante che, per qualunque motivo, abbia abbandonato il programma.
- Cure dentistiche, eccezion fatta per quelle derivanti da infortuni che abbiano coinvolto i denti naturali e sani a seguito di infortunio.
- Cure oculistiche di routine, inclusi occhiali, rifrazione oculare e lenti a contatto.
- Cure non di urgenza, inclusi esami fisici generali ed esami sportivi.

- Interventi chirurgici non urgenti.
- Inoculazioni o vaccinazioni.
- Malattie pre-esistenti, diagnosticate o trattate nei diciotto mesi precedenti l'arrivo del partecipante al luogo delle partenze internazionali, inclusa qualsiasi condizione che richiede l'assunzione di farmaci, a meno che le condizioni per le quali si assumono farmaci o la prescrizione medica non siano invariate e sotto controllo da 45 giorni prima dell'arrivo del partecipante.
- Chirurgia estetica, ove non si renda necessaria a seguito di infortunio.
- Parti e cura degli infanti.
- Suicidio o tentato suicidio
- Servizio militare o qualsiasi esercitazione militare
- Spese che possono essere pagate attraverso qualunque altra assicurazione o piano di assistenza sanitaria pubblica
- Aborto non terapeutico
- Ernia, a meno che non sia derivante da lesioni accidentali che si verificano durante il programma AFS
- Infortunio o malattia accidentale quando si viaggia contro il parere di un medico
- Rientro posticipato a meno che non sia per una delle ragioni menzionate nella copertura
- Ogni spesa che non sia di natura medica.
- Spese derivanti da conflitto bellico negli Stati Uniti o nel paese di residenza del partecipante.
- Pilotare o far parte dell'equipaggio di un aeromobile.
- Deltaplano, parapendio e paracadutismo;
- Ferite riportate a causa di attività atletiche professionistiche o semi-professionistiche.

X Presentazione della domanda di risarcimento per le spese coperte da questa polizza

Le richieste di risarcimento medico vengono effettuate in due modi diversi, secondo la località in cui esse si producono. Inoltre è necessario presentare le domande di rimborso al più presto possibile, preferibilmente entro 90 dall'effettivo pagamento. Le richieste effettuate dopo un anno dalla prima spesa medica sostenuta non saranno rimborsate.

Spese sostenute negli USA

Quando un partecipante incorre in una spesa medica negli USA, è necessario chiedere al professionista medico o all'ospedale di inviare la fattura (o ricevuta) in originale con la richiesta di pagamento direttamente a GMMI, il Gestore Terzo di Starr per le richieste di rimborso negli USA.

Ossia a:

GMMI (Global Medical Management Inc.) 880 SW145° Avenue, Suite 400 – Pembroke Pines, Florida 33027 USA e-

mail: customerservice@gmmi.com

Nel caso in cui la spesa medica sia pagata dal partecipante o dalla famiglia ospitante, essi possono richiedere il rimborso inviando il conto a GMMI. In questo caso è importante utilizzare il modulo per richiesta di risarcimento fornito da AFS. E' importante compilare l'intero modulo, fornendo informazioni dettagliate sulla natura del trattamento richiesto.

Fattura di saldo

Il Gestore per i risarcimenti, la GMMI, tratta con i fornitori del servizio medico al fine di ottenere una riduzione del costo, anche dopo che essi hanno fornito il servizio. I fornitori dei servizi medici spesso acconsentono a rinunciare a una parte della tariffa, ma a volte capita che essi inviino la parte del conto non pagata alla famiglia inviante. Questa procedura si chiama "fattura di saldo". Nel caso in cui riceviate una fattura relativa alla totalità o a una parte di una spesa medica che riteniate sia parte della Copertura, vi preghiamo di informare GMMI in merito. Potete inviare una email (customerservice@gmmi.com) con le specifiche del risarcimento, descrivendo la fattura da voi ricevuta.

GMMI permette alle famiglie dei partecipanti AFS di prendere visione dei conti medici ricevuti da GMMI. Potete anche visionare le fatture registrate per il pagamento ai fornitori medici.

Se doveste ricevere una “fattura di saldo” o un conto via e-mail, potete accedere al sito web di GMMI: www.gmmi.com. e premere quindi il pulsante “Pazienti Assicurati” situato nell’angolo superiore destro dello schermo. Seguite le indicazioni inserendo il numero identificativo della polizza, il nome, il cognome, la data di nascita, e premete quindi “Visualizza informazioni paziente”. (Il numero identificativo della polizza può essere trovato su entrambe le carte ID consegnate ai partecipanti da AFS USA. Questo codice comincia con tre lettere, le quali identificano il paese di residenza del partecipante: per esempio CRC sta per Costa Rica, GER per Germania, ITA per Italia, JPN per Giappone, THA per Thailandia, etc.).

Sulla pagina seguente verrà visualizzata una lista di tutte le fatture ricevute da GMMI. La prima colonna mostra il Numero di Registrazione Interno di GMMI per una specifica fattura. La seconda colonna indica il nome del fornitore del servizio medico. La terza colonna indica la data del trattamento. La quarta colonna indica il totale delle spese fatturate. La quinta colonna indica la data del pagamento (che appare in verde nel caso in cui il pagamento sia già stato effettuato o in rosso nel caso in cui il pagamento sia ancora pendente o sia stato negato), infine, l’ultima colonna indica la data in cui la fattura è stata registrata

Se la fattura da voi ricevuta appare online sul sito di GMMI con lo stesso importo, voi non dovete fare nulla.

Se il conto da voi ricevuto non appare online sul sito di GMMI, vi preghiamo di contattare prima di tutto il fornitore, comunicandogli i dati dell’assicurazione e l’indirizzo di fatturazione di GMMI, in modo tale da Permettere al fornitore di inviare la richiesta di risarcimento correttamente a GMMI. Quindi, inviate via e-mail o via fax una copia di tale conto a GMMI all’indirizzo: customerservice@gmmi.com o al numero di fax 1-954-370- 8130.

Nel caso in cui abbiate domande aggiuntive o non riusciate a visualizzare le informazioni online, vi preghiamo di chiamare GMMI al numero +1-954 370-6468 o +1-888-444-7773

Chiamate per informazioni su spese mediche negli USA

I professionisti medici, le famiglie ospitanti o i partecipanti possono chiamare GMMI in merito a risarcimenti o coperture, al numero 1-888-444-7773. I loro orari d’ufficio sono dalle 9:00 alle 16:30. Dal lunedì al venerdì.

Le domande relative a emergenze mediche negli USA dopo gli orari d’ufficio, dovrebbero essere rivolte direttamente a AFS-USA al numero 1-212-299-9000.

Spese sostenute al di fuori degli USA

L’ufficio nazionale o il partner del paese ospitante determinano il modo in cui vengono gestiti i risarcimenti nei diversi paesi. I partecipanti e le famiglie ospitanti dovrebbero contattare l’ufficio nazionale per informazioni su come presentare richieste di risarcimento medico.

Le richieste di rimborso per spese mediche sostenute in Europa vengono gestite dalla Aon Consulting Admiraliteitskade 62, Rotterdam, Paesi Bassi. Aon Consulting può essere contattata durante le normali ore di ufficio, per domande sulla copertura assicurativa, chiamando il numero +31 10-448-8238. E-mail: afs@aon.nl Aon Consulting aiuta anche il coordinamento delle assicurazioni mediche disponibili per i partecipanti provenienti dall’Unione Europea che stiano viaggiando in paesi dove sono presenti accordi assicurativi con l’Unione Europea. Vi preghiamo di contattare Aon non appena un servizio medico si renda necessario per questi partecipanti, in modo da consentire ad Aon di gestire la richiesta di risarcimento attraverso i canali dell’Unione Europea. Spesso, questi accordi devono essere stabiliti prima del verificarsi della spesa medica, per poter essere adeguatamente coperti.

Le chiamate relative a risarcimenti o coperture assicurative, dopo l’orario d’ufficio, devono essere indirizzate a GMMI ai numeri di telefono indicati nella pagina Elementi Principali di questo opuscolo.

In caso di incidente d’auto

Nel caso in cui un partecipante subisca un infortunio a seguito di incidente d’auto, è importante che un verbale dell’incidente venga allegato alle informazioni per il risarcimento. Tale verbale è in genere rilasciato dalle autorità di polizia.

Il verbale dovrà contenere i nomi, gli indirizzi e gli estremi dell'assicurazione di tutti i guidatori coinvolti nel sinistro.

Vi preghiamo di notare che quando vengano sostenute delle spese mediche dai partecipanti a causa di un incidente automobilistico, la responsabilità di tali spese è spesso amministrata secondo le leggi locali.

In molti paesi, l'assicurazione automobilistica è obbligatoria, e la Copertura e si rivolgerà prima di tutto a tale copertura per il risarcimento delle spese. Ciò significa che alla persona (alle persone) che possiedono l'auto (le auto) coinvolta/e nell'incidente verranno richiesti, da parte del gestore del risarcimento, gli estremi assicurativi.

Negli USA, le spese sono di responsabilità di:

il proprietario del veicolo nel quale il partecipante viaggiava come passeggero, nel caso in cui l'incidente sia avvenuto in uno stato in cui siano vigenti leggi per la responsabilità oggettiva;
l'assicurazione del guidatore responsabile, nel caso in cui l'incidente sia avvenuto in uno stato in cui non siano vigenti leggi per la responsabilità oggettiva.

Informazioni sulla Compagnia Assicurativa per la Copertura medica dei Partecipanti AFS

EUROP ASSISTANCE, Società per Azioni con capitale di 35,402,786 euro, Registrato sotto il numero 451366405, all'ufficio registrato a 1 promenade de la Bonnette – 92230 GENNEVILLIERS, France.

Opera attraverso la sua filiale irlandese con il nome commerciale di Europ Assistance S.A.Irish Branch che ha la sua sede principale al 4° Floor 4-8 Eden Quay, Dublin 1, D01 N5W8, Ireland, registrata in Irlanda con certificato numero 907089. L'autorità di controllo della Compagnia Assicurativa è Autorite de Contrôle prudential et de resolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09. (France). Europ Assistance Irish Branch è autorizzata a svolgere le proprie attività in Irlanda in regime di libera prestazione dei servizi.

La relazione sulla solvibilità può essere consultata all'indirizzo 22.europ-assistance.fr

1. Riepilogo della copertura delle Indennità Aggiuntive

AFS offre un pacchetto di indennità di viaggio aggiuntive a tutti i partecipanti AFS: questa assicurazione è fornita dalla compagnia di assicurazioni Berkley Accident and Health ed è valida per tutti i partecipanti ai programmi AFS.

Il programma offre sette tipi di indennità che possono essere utili quando la malattia o l'infortunio avvengano durante il viaggio, ma non rientrino nella Copertura.

1.	Morte accidentale o mutilazioni	USD 10.000	Pagati per l'indennità in caso di morte. Indennità minori pagate in caso di perdita di arti o del loro uso. Previste anche indennità per coma e paralisi.
2.	Emergenza dentistica	Fino a USD 500	Per trattamenti dentali per ridurre alleviare il dolore
3.	Ricongiungimento d'emergenza	Fino a USD 5000	Viaggio aereo e/o sistemazione per parente stretto in visita al partecipante ospedalizzato per almeno 24 ore consecutive e, con la raccomandazione del medico curante.
4.	Indennità per interruzione di viaggio	Fino a USD 5.000	Viaggio aereo per il partecipante che debba rientrare nel paese di origine a causa di infortunio, malattia con rischio di vita o decesso di un parente stretto
5.	"Conseguenze mediche"	Fino a USD 100.000	Copre le spese mediche verificatesi fino a un anno dopo il rientro nel paese di origine, in conseguenza di un infortunio (ma non di malattia, se non per malattia endemica) verificatosi durante il programma AFS.
6.	Invalità permanente e totale	Fino a USD 100.000	Indennità per invalidità permanente o e totale derivante da un infortunio (non da malattia) verificatosi durante il programma AFS.
7.	Supporto psicologico per traumi e lutti	Fino a un massimo di 10 sedute a max USD 150 per seduta	L'indennità è disponibile per il partecipante e/ o i suoi familiari per l'elaborazione di traumi o lutti derivanti da incidenti coperti dalla polizza

Oltre alla normale copertura offerta dall'assicurazione di questa Copertura, esistono delle Indennità aggiuntive a disposizione degli assicurati. I termini e le condizioni di queste ultime non sono gli stessi della polizza di assicurazione sanitaria, che provvede invece alle spese mediche, all'evacuazione ed all'eventuale rimpatrio. Nessuna spesa deducibile o quota a carico dal partecipante.

Le indennità addizionali forniscono una copertura “secondaria” e non effettuano alcun rimborso nel caso in cui sia disponibile un’assicurazione primaria, sia privatamente che attraverso il sistema sanitario nazionale. Le indennità addizionali sono liquidate come rimborsi per spese per le quali è stata inoltrata una richiesta di risarcimento.

Le sette indennità sono soggette alle esclusioni elencate alla fine di questo opuscolo. Nota che alcune forme di esclusione si riferiscono ad alcune indennità particolari.

Una descrizione più dettagliata delle sette indennità viene fornita nelle pagine che seguono:

1.1 Morte accidentale emutilazioni

Nel caso in cui si verifichi il decesso di un partecipante, la Copertura corrisponderà un’indennità di USD 10.000 in aggiunta ai limiti forniti dalla copertura delle spese mediche. La copertura per morte accidentale è applicabile solo se il decesso ha luogo entro 365 giorni dall’incidente coperto da questa polizza. Nessuna indennità sarà pagata per decessi causati da malattia.

Nel caso in cui si verifichi la perdita di arti, occhi, udito o vista, o una combinazione delle precedenti, la Copertura corrisponderà un’indennità fino a USD 10.000, in base alla natura esatta della perdita e in base alle tabelle stipulate nella polizza assicurativa. Contattare l’ufficio nazionale AFS per eventuali dettagli circa il pagamento di tali indennità.

Paralisi: L’indennità di mutilazione o morte accidentale verrà pagata per intero in caso di quadriplegia completa irreversibile causata da un infortunio coperto dall’assicurazione. L’indennità sarà pagata fino al 75% in caso di paraplegia (si intende per paraplegia la paralisi irreversibile e completa degli arti inferiori) o di emiplegia (si intende per emiplegia la paralisi irreversibile e completa di uno dei lati del corpo) o fino al 25% nel caso di monoplegia (paralisi di un solo arto) .

Se a causa dello stesso incidente sono risarcibili più indennità verrà applicata, solo quella che prevede il più alto risarcimento.

Aggressione: questa indennità risarcisce fino a USD 10.000 un danno derivante da crimini violenti o aggressioni. Per il pagamento dell’indennità è necessario un verbale della polizia che attesti l’intenzionalità dell’aggressione. Il crimine in questione inoltre, deve essere classificato come aggressione nel paese in cui viene perpetrato, includendo per esempio le rapine a mano armata tentate o riuscite. La Copertura non include aggressioni commesse dal partecipante, da uno dei suoi familiari o membri dello stesso nucleo familiare.

Riconversione di veicoli e abitazioni: E’ pagabile un’indennità fino a USD 10.000 all’assicurato che abbia subito un danno coperto da questa polizza, con l’esclusione del decesso, le cui conseguenze impongano modifiche di accessibilità alla residenza o al veicolo dell’assicurato stesso per il mantenimento di uno stile di vita indipendente. Queste modifiche devono essere completate entro un anno dalla data dell’incidente coperto e l’assicurato non deve aver avuto bisogno delle stesse prima dell’incidente. Le spese risarcibili devono essere relative a modifiche strettamente necessarie.

Attenzione: l’indennità di morte accidentale e mutilazioni non copre i danni derivanti da malattia o indisposizione, come quelli relativi a infermità mentale o fisica, infezione virale o batterica, trattamenti medici o chirurgici, con l’eccezione di infezioni batteriche causate da ferite esterne o accidentale assunzione di cibo contaminato.

2. Emergenza dentistica:

Questa indennità fornisce una copertura fino a USD 500 per il sollievo immediato dal dolore. La copertura si applica per i 30 giorni successivi al verificarsi della malattia o dell’incidente. Le spese possono essere pagate fino a un massimo di 26 settimane dalla data del verificarsi della malattia o dell’incidente.

Sono rimborsabili le terapie per il dolore e le infezioni relative ai denti o alle gengive. Questo include il trattamento di ascessi e rimozione dei denti del giudizio inclusi (rimasti parzialmente o totalmente sommersi nell'osso o nella gengiva). L'estrazione di un dente del giudizio incluso è coperto da questa indennità aggiuntiva a meno che l'estrazione non sia necessaria al fine di prevenire la diffusione di un'infezione. In questo ultimo caso viene gestita dalla regolare Copertura.

Non sono invece rimborsabili la maggior parte dei servizi di ricostruzione dentaria, come otturazioni, ponti e corone, a meno che questi interventi non siano necessari per l'alleviamento diretto del dolore. Controlli dentari di routine ed impasti dentistici non sono parimenti rimborsabili.

Non sono rimborsabili servizi, forniture e trattamenti, incluse le ospedalizzazioni non prescritte, approvate e certificate da come necessarie. Parimenti non sono coperti i trattamenti eseguiti da un membro della famiglia, né alcuna spesa che non sarebbe pagabile in assenza di questa polizza.

Interventi di controllo dentistico di routine e trattamenti relativi non sono coperti. Il danneggiamento o la perdita di apparecchi ortodontici non sono coperti.

Il danneggiamento accidentale di denti naturali e sani è coperto dalla Copertura secondo i limiti della polizza stessa e per le spese che siano conseguenza diretta di una fattispecie di danno coperta.

Per maggiori informazioni confronta la lista completa delle esclusioni applicabili a questa indennità alla fine di questo opuscolo.

3. Indennità di ricongiungimento

Questa indennità fornisce una copertura fino a USD 5.000 per il viaggio e/o la sistemazione di un parente stretto in visita a un partecipante che sia stato ospedalizzato per più di 24 ore consecutive a causa di un infortunio o di una malattia coperti da assicurazione, e laddove il medico curante ritenga che sia vantaggioso che un membro della famiglia stia vicino al partecipante.

In caso di gravi ferite o malattie che mettano a rischio la vita del partecipante, l'indennità può essere estesa anche al secondo familiare. Questa clausola è soggetta ad approvazione dell'amministratore ed fino a un massimo di USD 5.000.

Si intende per "parente stretto" chiunque sia legato al Partecipante da uno dei seguenti gradi di parentela: coniuge, cognato, cognata, genero, nuora, suocera, suocero, genitori (inclusi patrigno e matrigna), fratello, sorella (inclusi fratellastri e sorellastre), figli (include figli legalmente adottati o comunque non biologici), nipoti e nonni (inclusi i genitori di patrigno o matrigna).

Tutta l'organizzazione del viaggio deve essere effettuata in accordo con o da i Partner di AFS. I risarcimenti per le spese sostenute non saranno liquidati fino a che non saranno approvati da AON, amministratore della Copertura.

4. Indennità per interruzione del soggiorno all'estero

Questa indennità copre fino a USD 5.000 per un biglietto economy di trasporto aereo e/o terrestre (come treno o autobus). Questa indennità viene pagata nel caso in cui il partecipante debba ritornare a casa in seguito alla morte di un parente stretto, o nel caso in cui questi sia stato colpito da una malattia o da un infortunio che ne metta a rischio la vita, secondo quanto risulti da certificazione medica. La malattia o le ferite riportati devono essere disabilitanti al punto da imporre l'interruzione del viaggio.

Questa indennità fornisce anche la copertura per il viaggio di ritorno del partecipante nel programma AFS, così come stabilito da AFS. Sia il viaggio di andata che quello di ritorno non possono superare il limite di USD 5.000.

Si intende per “parente stretto” chiunque sia legato al Partecipante da uno dei seguenti gradi di parentela: coniuge, cognato, cognata, genero, nuora, suocera, suocero, genitori (inclusi patrigno e matrigna), fratello, sorella (inclusi fratellastri e sorellastre), figli (include figli legalmente adottati o comunque non biologici), nipoti e nonni (inclusi i genitori di patrigno o matrigna).

Questa indennità viene inoltre riconosciuta quando un partecipante ammalato o infortunato, è ricoverato in struttura medica adeguata e necessita di continuare il viaggio verso il proprio paese da detta struttura.

Tutta l'organizzazione del viaggio deve essere effettuata in accordo con o dai Partner di AFS. I risarcimenti per le spese sostenute non saranno liquidati fino a che non saranno approvati da AON, il gestore della copertura. Qualunque biglietto già emesso deve essere utilizzato come prima scelta.

5. Assicurazione per conseguenze mediche:

Questa assicurazione fornisce la copertura per le spese mediche coperte fino a un massimo di USD 100.000. Essa si applica alle spese sostenute fino a un anno dopo il rientro del partecipante nel paese d'origine, in conseguenza di un infortunio subito durante un incidente coperto o per una malattia endemica contratta durante lo svolgimento del programma AFS.

Il trattamento deve essere la ripetizione o la continuazione di una cura per un infortunio o per una malattia endemica verificatisi durante lo svolgimento del programma AFS. Per esempio, se un partecipante si rompe un braccio durante il programma AFS e si sottopone per tale motivo a un trattamento o un intervento chirurgico prescritto da un medico dopo il ritorno a casa, tali spese possono essere coperte da questa indennità.

Le spese risultanti da malattia verificatisi durante il programma AFS non sono coperte, a meno che non si tratti di malattia endemica. Una malattia endemica è quella che appartiene esclusivamente, o è confinata esclusivamente, a un luogo o a una popolazione determinata che il partecipante si trova a visitare, come nel caso della malaria. Tutte le manifestazioni ed i sintomi ricorrenti della stessa malattia o di malattie simili saranno considerati, ai fini di questa polizza, come una sola fattispecie rimborsabile.

Spese rimborsabili per conseguenze mediche:

- stanza ospedaliera semi privata e alloggio o utilizzo di ambulatori medici
- servizi di un medico o di una infermiera
- anestesia e sua somministrazione
- test di laboratorio e servizio di radiologia
- prodotti ematologici e trasfusioni
- ossigeno e sua somministrazione
- affitto di equipaggiamento medico durevole
- arti artificiali o applicazioni di protesi (ma non il rimpiazzo di una di queste)
- gessi, stecche, lacci, stampelle o tutori (ma non il rimpiazzo di uno di questi o di apparecchio dentale)
- fisioterapia, se raccomandato da un medico per una specifica terapia di una specifica disabilità e eseguita da un fisioterapista riconosciuto
- medicine che possono essere ottenute solo con prescrizione di un medico o di un chirurgo

In alcuni casi la copertura offerta dalle Indennità aggiuntive è meno ampia di quella offerta dalla Copertura. Per esempio, le spese per una malattia clinica/nervosa rientrano nella Copertura. Tali spese, invece, non sono coperte dall'Indennità per postumi medici.

Le indennità mediche per i postumi riguardano solo le malattie di tipo endemico. Esse non rispondono per altri tipi di malattia o infezioni che derivino da tagli o ferite, a parte il caso di infezioni batteriche derivanti da ferite o tagli, o da ingestione accidentale di cibo contaminato.

Le spese relative ad operazioni di chirurgia estetica non sono coperte, tranne quelle di plastica ricostruttiva necessarie in seguito a infortunio. Parimenti non sono coperti i suicidi o i tentativi di auto-distruzione e

autolesionismo intenzionale.

Consultare la fine di questo opuscolo per maggiori informazioni in merito.

6. Assicurazione per invalidità permanente e totale:

Questa assicurazione fornisce un'indennità fino a USD 100.000 per invalidità totale e permanente dovuta a un incidente avvenuto durante lo svolgimento del programma AFS. La disabilità attribuibile a malattia, incluse condizioni mentali o nervose, non è coperta.

La invalidità permanente e totale significa che, a causa dell'infortunio derivante da un incidente coperto dall'assicurazione, durante lo svolgimento del programma AFS, il partecipante non può più svolgere le normali e usuali attività di una persona della sua età e del suo sesso e si prevede, da certificazione medica, che tale invalidità persisterà per tutta la vita.

Se il partecipante è lavoratore: dopo i primi 12 mesi, significa che non può adempiere ai compiti materiali e sostanziali per qualsiasi occupazione per la quale lui è o sarà qualificato da un titolo di studio, esperienza o formazione, che gli permetterebbe di guadagnare la stessa somma rispetto a quella che guadagnava prima dell'inizio dell'invalidità.

Non vi è copertura per una invalidità che sia permanente ma non totale o per una invalidità che sia totale ma non permanente. Per esempio, un'invalidità permanente ad una parte del corpo, come una mano o un piede, non è considerata disabilità permanente e totale.

Coma. E' pagabile un'indennità pari a USD 10.000 per l'assicurato che entri in coma entro 31 giorni dall'esordio di un incidente assicurato e che resti in coma per almeno 31 giorni. Non sono coperti invece gli stati di coma derivanti da malattie. Il pagamento di questa indennità avviene in 12 rate: l'1% viene pagato ogni mese per 11 mesi ed il resto della somma dopo 12 mesi.

Consultare la fine di questo opuscolo per maggiori informazioni sull'indennità di invalidità totale e permanente.

7. Supporto psicologico per decessi e traumi

Questa indennità rimborsa un massimo di dieci sedute psicologiche fino ad un massimo di USD 150 a seduta. Potranno usufruire delle sedute, l'assicurato o uno o più dei suoi parenti stretti come aiuto in relazione al danno subito da una delle fattispecie di eventi rimborsabili. La malattia non è considerata una causa di danno a questo fine. Il supporto in questione dovrà essere fornito da un dottore o sotto la supervisione di un dottore e l'indennità sarà pagata solo se lo stesso servizio sarebbe comunque stato disponibile a pagamento, indipendentemente dalla polizza.

Le spese relative devono aver avuto luogo entro un anno dall'evento che ha causato il danno. Questa indennità è pagabile contestualmente all'indennità delle conseguenze mediche.

Si intende per "parente stretto" chiunque sia legato al Partecipante da uno dei seguenti gradi di parentela: coniuge, cognato, cognata, genero, nuora, suocera, suocero, genitori (inclusi patrigno e matrigna), fratello, sorella (inclusi fratellastri e sorellastre), figli (include figli legalmente adottati o comunque non biologici), nipoti e nonni (inclusi i genitori di patrigno o matrigna).

ESCLUSIONI GENERALI DALLE “INDENNITÀ AGGIUNTIVE” PER morte o mutilazioni, ricongiungimento, interruzione del viaggio, conseguenze mediche, invalidità totale e permanente e supporto psicologico per traumi e lutti.

Queste esclusioni si aggiungono a quelle indicate nelle descrizioni già fornite per le sette indennità

Attenzione: queste esclusioni sono diverse e distinte da quelle applicate alla Copertura.

Queste ultime sono descritte in una sezione separata dell’opuscolo

Questa assicurazione non copre alcun evento che, nella sua origine o grado, direttamente o indirettamente, in modo prossimo o remoto, possa essere attribuito a o sia conseguenza di:

- Cure dentistiche, oculistiche o di esami di routine
- Viaggio sostenuto nell'intento di cercare cure mediche o spese sostenute durante un viaggio non facente parte del programma AFS
- Volo su qualsiasi veicolo per la navigazione aerea eccetto il passeggero pagante su una compagnia aerea con voli regolarmente programmati, o come passeggero su un aereo privato non di linea; non se si trova in un aeromobile non adibito al trasporto di passeggeri o un aeromobile utilizzato a scopi sperimentali o di prova, o aeromobili noleggiati da AFS.
- Cure infermieristiche di routine
- Gravidanza o parto, a meno di intervento inteso come il risultato di un'emergenza medica
- Suicidio, comportamenti autodistruttivi, tentato suicidio, a prescindere da qualunque stato mentale (sano o insano)
- Ferita auto-inflitta intenzionalmente
- Servizio militare
- Qualsiasi malattia o disturbo, eccetto per infezione batterica derivante da ferite o ingestioni accidentali di cibo contaminato (questa esclusione non si applica all'indennità delle malattie endemiche fornita dall'Assicurazione per Conseguenze Mediche)
- I trattamenti forniti da un familiare o un membro del nucleo familiare
- Malattia mentale o nervosa o cure del riposo
- Chirurgia estetica, eccetto il caso della chirurgia ricostruttiva resa necessaria in seguito a incidente
- Esami oculistici per lenti correttive, occhiali, lenti a contatto e protesi acustiche
- Procedure che non siano considerate necessarie dal punto di vista medico, o non mediche per loro ~~in~~ natura
- Trattamenti o prestazioni da parte di un infermiere privato di turno
- Gli eventi di guerra e gli atti di guerra, dichiarati o non dichiarati

Per una completa descrizione dei termini e delle condizioni che regolano queste Indennità Aggiuntive si faccia riferimento al Policy Wording di questa Copertura. Essa è disponibile presso gli uffici locali nazionali di AFS.

Nota bene: questo opuscolo contiene un breve riepilogo della copertura offerta dalla Polizza AFS e non costituisce esso stesso una polizza assicurativa.

In caso di discrepanza tra quanto esposto nella polizza e questo opuscolo, avrà precedenza il contenuto della polizza.

Domande di risarcimento relative alle Indennità aggiuntive.

Le richieste di risarcimento devono essere presentate direttamente a AON nei Paesi Bassi. AON è il gestore per i risarcimenti di Axis, la compagnia di assicurazioni. Attenzione: le note spese relative alle indennità aggiuntive non vanno inoltrate a GMMI, che si occupa invece esclusivamente delle pratiche amministrative legate alla Copertura e non delle indennità aggiuntive.

I pagamenti dei rimborsi relativi alle indennità aggiuntive saranno effettuati dall'assicuratore in valuta locale, quando possibile.

Le ricevute originali e una descrizione dell'incidente devono essere allegati alla richiesta di risarcimento. In alcuni casi potrebbe essere richiesto il parere di un medico, o una sua lettera, per corroborare la richiesta o per i trattamenti successivi. Le richieste di risarcimento devono essere inviate a AON entro i 90 giorni successivi alla data dell'incidente a:

Aon Consulting
AFS Claims Team
Ronald Enderman
Admiralteitskade 62, Rotterdam
Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam, Paesi Bassi

e-mail: afs@aon.nl
telefono: +31 10-448-82-38
fax: +31 10-448-87-24
Sito web AFS: <http://www.aon.nl/AFS>

Si prega di notare che le richieste di risarcimento inviate dopo i 90 giorni successivi alla data dell'evento potrebbero non venire liquidate.