

AFS Intercultural Programs

Opuscolo medico

Informazioni sulla Copertura Medica per il
Partecipante e sulle Indennità aggiuntive fornite ai
partecipanti AFS

PER TUTTI I PROGRAMMI
2024



INDICE

PAGINA

I. Introduzione	4
II. Cos'è l'assicurazione secondaria?	5
III. Definizioni	5
IV. Copertura delle spese mediche	9
V. Documenti di identità medici	10
VI. Servizio di assistenza medica	10
VII. Evacuazione medica di emergenza	11
VIII. Spese di rimpatrio delle salme	12
IX. Esclusioni dalla Copertura Medica per il Partecipante	12
X. Inoltrare richiesta di risarcimento per le spese coperte da questa polizza	17
XI. Riepilogo della copertura delle Indennità Aggiuntive - assicurata da Berkley	20
1. Morte accidentale e smembramento (AD&D)	221
2. Emergenza dentistica	232
3. Indennità di ricongiungimento	243
4. Indennità per interruzione del viaggio	243
5. Assicurazione per conseguenze mediche	254
6. Assicurazione per disabilità permanente totale	265
7. Supporto psicologico per decessi e traumi	276

Nota bene: questo opuscolo contiene un breve riepilogo di quanto offerto dalla Copertura Medica per il Partecipante (e dal Programma Assicurativo per Indennità Aggiuntive) e non costituisce esso stesso una polizza assicurativa. In caso di discrepanza tra quanto esposto nella polizza e in questo opuscolo, avrà precedenza il contenuto della polizza. Si prega di notare che la Copertura Medica per il Partecipante è stata disposta da AFS Intercultural Programs, Inc.

Opuscolo medico AFS, riepilogo delle coperture - Copertura Medica per il Partecipante

Persone coperte	I partecipanti ai programmi AFS sono assicurati dalla Copertura Medica per il Partecipante predisposta da AFS.
Territorio	In tutto il mondo, ad eccezione di quanto indicato di seguito.
Periodo di copertura	La copertura ai sensi della presente Polizza si applica durante il Programma e inizia quando il Partecipante arriva al punto delle partenze internazionali per l'imbarco, come ad esempio un aeroporto o un punto di ritrovo prima della partenza nel proprio Paese d'origine Quando il Partecipante si riunisce con il proprio gruppo AFS per il ritrovo nel proprio Paese d'origine nelle quarantotto ore o meno prima della partenza internazionale, questo è chiamato "Periodo pre-partenza". Durante questo periodo, il Partecipante è coperto da questa Polizza solo per le spese mediche causate da infortuni fisici accidentali e per l'evacuazione d'emergenza. Questa copertura è secondaria, il che significa che entra in vigore se non esiste un'altra assicurazione applicabile che copra tali spese mediche sostenute nel proprio Paese d'origine. Il Periodo di pre-partenza termina quando il Partecipante si imbarca sull'aereo o su un altro vettore comune per il viaggio internazionale. La partecipazione al Programma significa svolgere le attività normali richieste ad ogni partecipante AFS. La copertura termina alla data di conclusione del programma AFS, o alla data in cui si sceglie di terminare il Contratto di partecipazione prima del completamento del programma, o al momento del ritorno al paese d'origine, a seconda di quale delle due ipotesi si verifica per prima.
Copertura medica	Spese mediche per Persona Coperta per risarcimento: fino a USD 500.000 (Il limite di copertura in Germania e in Italia è di USD 1.000.000. Negli USA è di USD 1.500.000) Evacuazione medica di emergenza fino a USD 1.000.000 Rimpatrio delle salme fino a USD 100.000
Spese deducibili e quota a carico dell'assistito	Nessuna
Esclusioni principali	Di seguito ci sono tre importanti esclusioni. Questa non è una lista completa. Vedere la sezione IX per un elenco più completo delle principali esclusioni applicabili. Per quanto riguarda le Spese Mediche, questa polizza non coprirà alcun risarcimento, sinistro, infortunio, danno o responsabilità legale subiti o sostenuti direttamente o indirettamente da una Persona Coperta in conseguenza di: • Condizioni preesistenti (definite a pagina 12 e 13). • Trattamenti dentali che non siano Trattamenti dentali d'emergenza a seguito di un incidente. • Qualsiasi trattamento o intervento chirurgico non d'emergenza, chirurgia elettiva, esami fisici di routine, check-up, inoculazioni, vaccinazioni, apparecchi acustici, occhiali o lenti a contatto, costi di medicinali per condizioni croniche.
Presentazione di richiesta di risarcimento medico	Negli USA: GMMI 880 SW 145th Avenue, Suite 400 Pembroke Pines, Florida 33027 USA E-mail: customerservice@gmmi.com Tel.: +1 888-444-7773 (a carico del destinatario) Fuori dagli USA: Contatta il tuo partner AFS per istruzioni sul rimborso. Si prega di non inviare richieste mediche direttamente alla compagnia assicurativa o agli amministratori delle richieste.

Numeri di pronto soccorso
medico (Riferirsi ai documenti
di identità medici per i dettagli)

GMMI: Negli USA: +1 888-444-7773 (gratuito)
Fuori dagli USA: +1 954-370-6468 (a carico del destinatario)
Si prega di informare GMMI di qualsiasi ricovero ospedaliero nel mondo per più di 72 ore

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 molto marcato 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 una Persona Coperta subisce un infortunio inatteso o si ammala mentre si sta svolgendo il programma AFS, AFS cercherà di garantire che le sue spese mediche 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 e le altre spese coperte secondo i termini della polizza di assicurazione e del Contratto di Partecipazione, e di indicare quali spese ne siano invece escluse.

Come il Contratto di Partecipazione regola l'ammissibilità alla Copertura Medica per il Partecipante

Nel caso in cui AFS risolva il Contratto di Partecipazione, le Persone Coperte non soddisferanno più i criteri di copertura per la Copertura Medica per il Partecipante. I motivi di risoluzione del Contratto di Partecipazione sono dettagliati in tale contratto; si prega di fare riferimento ai suoi termini per l'elenco esaustivo dei motivi e dei relativi dettagli. Tali motivi includono una violazione dei termini e delle condizioni, o perché AFS determina che le condizioni nel paese ospitante non sono più sicure per la continuazione del programma, o perché una Persona Coperta o i genitori che lo inviano scelgono di terminare il Contratto di partecipazione per qualsiasi motivo prima del completamento del programma.

Inoltre, la partecipazione al programma AFS può essere interrotta ad esclusiva discrezione di AFS se la documentazione medica relativa alla Persona Coperta non viene fornita ad AFS o agli Assicuratori come richiesto, e la Persona Coperta non avrà più diritto alla copertura tramite la Copertura Medica per il Partecipante.

A partire dalla data di risoluzione del Contratto di Partecipazione, la Persona Coperta non sarà più coperta dall'assicurazione medica inclusa nella Copertura Medica per il Partecipante AFS. A partire da tale data, essa sarà la sola responsabile di tutte le spese mediche e di altro tipo sostenute, compreso il viaggio.

La polizza assicurativa è predisposta da AFS per coprire tutti i partecipanti ai programmi AFS come Persone Coperte ed è sottoscritta da HDI Global Specialty SE.

II. Cos'è l'assicurazione secondaria?

Il concetto di assicurazione “primaria” e “secondaria” è ben affermato nel settore delle assicurazioni sanitarie di viaggio. La Copertura Medica per il Partecipante AFS funziona come una forma di copertura secondaria: essa copre le spese mediche solo se queste non sono rimborsabili attraverso una polizza primaria, come un piano sanitario nazionale o un'assicurazione privata sottoscritta dalla famiglia inviante.

Il processo di “recupero delle spese” aiuta AFS a controllare il costo della sua copertura medica di viaggio. 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 per il Partecipante funziona come fonte primaria di pagamento per le spese mediche. Ciò permette alla Copertura Medica per il Partecipante di continuare a pagare le spese sostenute nei diversi casi in cui l'assicurazione primaria non sia disponibile, sufficiente, o non permetta di affrontare l'intero problema medico.

III. Definizioni

Spese mediche rimborsate dalla Copertura Medica per il Partecipante

Quando ci riferiamo alla “copertura” intendiamo l'accordo sottoscritto per il pagamento delle seguenti spese subite dai partecipanti che posseggano i requisiti:

- ☐ Spese mediche
- ☐ Evacuazione medica di emergenza, compreso elisoccorso
- ☐ Rimpatrio delle salme

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

La Copertura Medica per il Partecipante o “**Copertura**” si riferisce alla polizza assicurativa che AFS mantiene per il suo programma di assicurazione medica di viaggio.

Una “**Persona Coperta**” è un partecipante approvato in un programma AFS che è assicurato dalla Copertura. Utilizziamo questo termine in modo che la terminologia dell'opuscolo corrisponda a quella utilizzata dalla polizza assicurativa. L'idoneità alla copertura termina con la cessazione della partecipazione al programma AFS, indipendentemente dal motivo.

Un “**sinistro coperto**” è un incidente o una malattia che non siano esclusi dalla Copertura Medica per il Partecipante. I sinistri subiti dopo la cessazione del Contratto di Partecipazione non sono sinistri coperti. Benché la Copertura Medica per il Partecipante copra un vasto numero di sinistri,

essa non ne copre tutti i tipi. C'è una lista completa delle esclusioni che non sono coperte nella sezione IX.

Limiti di copertura per incidente o malattia

Come descritto nel Contratto di Partecipazione, la Copertura Medica per il Partecipante fornisce un limite massimo di copertura alle Persone Coperte per il costo delle spese mediche, fino al limite indicato nel Riepilogo delle coperture per sinistri coperti, mentre ci si trova in un programma AFS.

Se una Persona Coperta dovesse subire più di un incidente o di una malattia, un nuovo limite di copertura per le spese mediche si applicherà a ciascun sinistro. AFS non fornisce copertura oltre il limite massimo per ogni singolo sinistro coperto.

Inoltre, la Copertura Medica per il Partecipante prevede fino a un massimo di USD 1.000.000 per il costo dell'evacuazione medica di emergenza.

C'è anche un limite di USD 100.000 previsto per le spese di rimpatrio.

Si noti che la Copertura Medica per il Partecipante non pagherà più di USD 10.000.000 per tutti i sinistri derivanti da un singolo evento coperto che potrebbe coinvolgere più Persone Coperte.

Spese deducibili e quote a carico dell'assistito

Alle Persone Coperte non è richiesto il pagamento di alcuna spesa deducibile, né di alcuna quota a carico in questo programma di copertura.

Territorio di copertura

La Copertura Medica per il Partecipante copre i rischi in tutto il mondo mentre una Persona Coperta si trova in un programma di scambio AFS al momento in cui subisce un incidente o una malattia coperti.

Non risponde dei sinistri subiti nel paese d'origine della Persona Coperta. Si noti che esistono accordi speciali per la copertura quando il ritrovo per il programma AFS della Persona Coperta ha luogo nel paese d'origine immediatamente prima della partenza. Questi sono descritti nella sezione successiva.

Quando inizia e quando termina la copertura

La copertura inizia non appena la Persona Coperta raggiunge il luogo delle partenze internazionali per effettuare l'imbarco per la partecipazione al programma AFS, come un aeroporto o un punto di ritrovo prima della partenza.

Quando una Persona Coperta si riunisce con il proprio gruppo AFS per il ritrovo mentre si trova ancora nel proprio paese nelle quarantotto ore o meno prima della partenza internazionale, questo è chiamato Periodo pre-partenza. Durante questo periodo, la persona è coperta dalla Copertura Medica per il Partecipante per le spese mediche causate da incidenti. Questa copertura è

secondaria, il che significa che entra in vigore se non c'è un'altra assicurazione applicabile che copre tali spese mediche sostenute nel paese d'origine della Persona Coperta.

I servizi di evacuazione d'emergenza e di assistenza medica possono intervenire durante questo periodo, sia che si tratti di un incidente o di una malattia coperti. Se la Persona Coperta si trova nel proprio paese d'origine, l'evacuazione d'emergenza significa portare la Persona Coperta in un luogo dove ricevere le cure mediche appropriate. Tuttavia, l'assicurazione che paga le spese mediche di malattia attraverso la Copertura Medica per il Partecipante entra in vigore solo quando la Persona Coperta si imbarca sull'aereo o altro vettore per il viaggio internazionale verso il paese ospite.

Ciò significa che se la Persona Coperta si ammala, ad esempio, di appendicite o di influenza durante il Periodo di pre-partenza, l'assistenza medica e i servizi di evacuazione medica possono intervenire, ma la copertura assicurativa della sua famiglia o la sua famiglia devono farsi carico delle spese della malattia.

Il Periodo pre-partenza termina dopo che la Persona Coperta si imbarca sull'aereo o su un altro vettore per il viaggio internazionale. Finché il partecipante prosegue la propria partecipazione al programma AFS, lo stesso è idoneo per beneficiare della Copertura Medica per il Partecipante.

Mantenere la partecipazione al programma AFS

Per partecipazione al programma AFS s'intende lo svolgimento delle attività normali richieste ad ogni partecipante AFS. I partecipanti dovranno frequentare la scuola o partecipare al loro progetto di servizio alla comunità o ad altre attività strutturate elencate nella descrizione del programma su una base a tempo pieno. 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 spetta alla AFS.

È importante sottolineare che la partecipazione al programma AFS può essere interrotta ad esclusiva discrezione di AFS se la documentazione medica richiesta riguardante la Persona Coperta e necessaria a AFS non viene fornita a AFS, agli assicuratori o ai loro agenti come richiesto. Oltre a determinare la copertura, la documentazione medica è necessaria per comunicare con il personale medico e identificare il miglior corso di trattamento, che può includere il ritorno della Persona Coperta nel paese d'origine.

La copertura termina alla data di cessazione del programma AFS, o alla data in cui una Persona Coperta o i genitori che la inviano scelgono di terminare il Contratto di partecipazione per qualsiasi motivo prima del completamento del programma, o al momento del ritorno al paese d'origine, a seconda di quale dei due eventi si verifica per primo.

Una volta che la Persona Coperta ha lasciato il programma AFS o è tornato al paese di origine, la Copertura Medica termina e la famiglia di origine ritorna ad essere responsabile delle spese mediche per il partecipante, anche se l'incidente, l'infortunio o la malattia sono avvenuti durante il

programma. Ciò include tutte le spese mediche e di altro tipo, compreso il viaggio, sostenute da o per la Persona Coperta a partire dalla data di cessazione.

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 i propri figli, al ritorno, necessitino di assistenza medica. La copertura potrebbe non essere sempre disponibile nel paese d'origine per coprire un sinistro già avvenuto. 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 da parte di una Persona Coperta mentre si trova in un programma AFS. La Copertura Medica per il Partecipante paga solo per le spese mediche dei sinistri coperti, risultanti da incidenti o malattie improvvise non esclusi dalla Copertura Medica del Partecipante. La copertura si applica solo alle spese mediche sostenute per le cure ricevute entro 90 giorni dall'infortunio o dalla malattia e termina dopo 52 settimane dal momento in cui è sorto il bisogno di cure.

Come è tipico per le spese mediche, la Copertura Medica del Partecipante paga le spese alle tariffe "ragionevoli e usuali" comunemente applicate dai medici nella zona in cui viene fornita la cura.

Esempi di spese mediche coperte dalla Copertura Medica per il Partecipante:

- I. Spese per il ricovero in ospedale e l'uso di sale operatorie; servizi di centri medici-chirurgici ospedalieri o ambulatoriali.
- II. Le fatture emesse da un medico per diagnosi, trattamenti e chirurgia dal Medico Curante. Questo indica un professionista di servizi medici con licenza che agisce nell'ambito della sua licenza, come medico, chirurgo, infermiere diplomato o osteopata. Non include un membro della famiglia o del nucleo familiare.
- III. Le spese sostenute per l'acquisto e la somministrazione di anestetici.
- IV. Spese per esami radiografici, trattamenti e test di laboratorio.
- V. Il costo della fisioterapia se raccomandata da un medico in relazione al trattamento di una specifica disabilità e se eseguita da un fisioterapista autorizzato.
- VI. Servizi chiropratici.
- VII. Farmaci, medicine, protesi, servizi terapeutici e forniture ottenuti su prescrizione scritta di un medico o chirurgo.
- VIII. Servizio di ambulanza.

Le spese mediche derivanti dalla gravidanza o dal parto sono coperte, ma solo se rese necessarie da lesioni fisiche a seguito di un incidente o se sostenute per malattie o complicazioni legate alla gravidanza che richiedono un trattamento d'emergenza.

Si noti che i seguenti servizi sono soggetti ai limiti di copertura indicati:

- Servizi chiropratici o fisioterapici: 12 sedute per evento mentre la Persona Coperta partecipa a un programma AFS. Tuttavia, la copertura viene estesa di ulteriori 5.000 dollari per la fisioterapia necessaria a seguito di una procedura medica invasiva, ovvero quando si verifica il taglio della pelle.
- Terapia mentale/neurologica: 12 sedute per evento mentre la Persona Coperta partecipa a un programma AFS.
- Terapia riabilitativa (fisica, logopedica o occupazionale): 12 sedute di servizi combinati per evento mentre la Persona Coperta partecipa ad un programma AFS.

Fare riferimento alla Sezione IX per una lista delle spese non coperte dalla Copertura Medica per il Partecipante.

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

Possono esserci momenti in cui abbiamo bisogno della vostra collaborazione per effettuare un recupero ai sensi di un'altra polizza assicurativa. Un esempio è quando un incidente d'auto è responsabile di aver causato un infortunio alla Persona Coperta.

V. Documenti di identità medici

AFS fornisce alle Persone Coperte una carta d'identità medica che possono usare per certificare che hanno la copertura delle spese mediche per la durata del tempo di permanenza della Persona Coperta in un programma AFS. Ciascun documento contiene il numero telefonico reperibile 24 ore su 24 che un Medico Curante o un ospedale possono chiamare per avere conferma della copertura per la Persona Coperta, nel caso in cui l'ufficio locale sia chiuso o nel caso di un'emergenza.

VI. Servizio di assistenza medica

Per adempiere alle proprie responsabilità nei confronti delle Persone Coperte, AFS e l'Assicuratore lavorano con GMMI, che fornisce assistenza medica. GMMI contribuisce 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 una Persona Coperta quando questa si trova in un paese ospitante. Ciò significa anche ottenere l'evacuazione medica o fornire alle Persone Coperte i medicinali, mentre si trovano nel programma AFS. GMMI stipula contratti con una rete di fornitori di servizi medici in tutto il mondo per offrire eccellenti e convenienti opzioni di assistenza alle Persone Coperte AFS.

Se GMMI consiglia un'opzione valida e appropriata per una Persona Coperta di utilizzare un fornitore medico della rete, la copertura sarà fornita in questo modo. Nel caso in cui la famiglia

inviante di una Persona Coperta desideri utilizzare un fornitore diverso da quello predisposto da GMMI, tali accordi dovranno essere presi dalla famiglia inviante al di fuori del programma AFS a spese della famiglia stessa.

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

GMMI è sia un amministratore dei sinistri che il fornitore di assistenza medica per la Copertura Medica per il Partecipante. GMMI ha accesso a competenze e risorse mediche in tutto il mondo, 24 ore su 24. GMMI completa il network già esistente di partner e volontari AFS 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 la Persona Coperta sia consigliabile un altro tipo di cura medica o di struttura, il network di assistenza si occuperà di organizzare il trasferimento all'interno del paese ospitante, oppure verso una struttura situata nel paese di origine della Persona Coperta.

VII. Evacuazione medica di emergenza

L'evacuazione medica di emergenza si riferisce alle spese di trasporto di una Persona Coperta gravemente ammalata o infortunata, che a volte comportano, dietro ordine medico, la necessità di un accompagnatore. Tipicamente, essa consiste nel ritorno della Persona Coperta nel proprio paese di origine. Può avvenire quando l'Assicuratore e GMMI, in collaborazione con il Medico Curante, stabiliscono che la Persona Coperta può viaggiare in sicurezza, o è idonea a volare. Ciò comporta anche l'abbandono da parte della Persona Coperta del programma AFS e la fine della copertura medica, una volta che la Persona Coperta sia stata trasferito nel paese di origine o nella struttura medica richiesta.

Fino a quando una Persona Coperta è idonea a volare e può tornare a casa, può continuare ad essere coperta dalla Copertura Medica per il Partecipante. Se la Persona Coperta o la Famiglia inviante decide di non proseguire con l'evacuazione medica d'emergenza dopo che è stata determinata l'idoneità a volare, sarà responsabile di tutte le spese mediche sostenute dopo tale data.

Nel caso in cui una Persona Coperta che ha lasciato il programma a causa di un'evacuazione medica o di un rilascio medico sia autorizzata da AFS a rientrare nel programma AFS, le spese di viaggio di ritorno al paese ospitante dal paese di origine non sono coperte dalla Copertura Medica per il Partecipante. Queste spese sono a carico della famiglia della Persona Coperta.

A volte, potrebbe essere necessario trasferire una Persona Coperta in un'altra località all'interno del paese ospitante al fine di ricevere cure mediche adeguate, continuando a partecipare al

programma AFS. La Copertura Medica per il Partecipante pagherà per le spese mediche sostenute per tale evacuazione solo se la Persona Coperta potrà continuare a partecipare attivamente alle attività del programma AFS. AFS determina se la Persona Coperta può rimanere attivamente coinvolta nelle attività del programma AFS sulla base, tra le altre cose, di un esame della documentazione medica pertinente.

In casi molto rari il Medico Curante 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 della Persona Coperta. In questo caso, la Copertura Medica per il Partecipante coprirà il costo dell'evacuazione medica, ma la copertura terminerà quando la Persona Coperta arriverà presso la struttura e le spese mediche, da quel momento, saranno di responsabilità dei genitori invianti.

La Copertura Medica per il Partecipante si occuperà dell'organizzazione e delle spese di un'evacuazione medica coperta, inclusa l'accompagnamento medico, fino a un limite di USD 1.000.000, qualora un Medico Curante prescriva per iscritto che una Persona Coperta ne ha bisogno. 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 di emergenza non copre il costo sostenuto per il viaggio di qualunque altra persona, o per qualunque altra ragione.

VIII. Spese di rimpatrio delle salme

Questa copertura si riferisce 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 Medica per il Partecipante pagherà le spese di rimpatrio fino a un limite di USD 100.000 quando le stesse deriveranno da un sinistro coperto

IX. Esclusioni dalla Copertura Medica per il Partecipante

Non tutte le spese mediche ricadono sotto la responsabilità della Copertura Medica per il Partecipante. Alcune spese, come quelle che le Persone Coperte possono 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 Medica per il Partecipante è concepita solo per coprire le spese dei servizi e delle forniture mediche impreviste, che un Medico Curante certifichi siano necessari per ristabilire la salute di una Persona Coperta.

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 di origine della Persona Coperta.

Tuttavia, gli episodi di terrorismo sono coperti.

Spese dentistiche e oculistiche di routine

Come descritto nel Contratto di Partecipazione, la Copertura Medica per il Partecipante 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 Medica per il Partecipante è limitata ai trattamenti dentistici necessari a causa di un incidente, qualora essi siano prescritti da un Medico Curante. Tuttavia, la copertura è inclusa per l'estrazione chirurgica dei denti del giudizio quando è necessaria per prevenire la diffusione dell'infezione.

Esami, vaccinazioni o cure preventive di routine

La Copertura Medica per il Partecipante non paga per le cure di routine, le inoculazioni, le vaccinazioni o gli esami, anche se richiesti dalle scuole o dagli enti governativi. Per esempio, le scuole spesso richiedono esami sportivi per permettere alle Persone Coperte di prendere parte alle attività sportive della scuola. Le Persone coperte e/o i genitori invianti sono tenuti a pagare direttamente queste spese perché non sono causate da un incidente o da una malattia improvvisa. Se la famiglia ospitante o AFS dovessero pagare queste spese, AFS chiederà un rimborso alla famiglia inviante.

Cos'è una malattia preesistente?

Come specificato nel Contratto di Partecipazione e nella polizza di assicurazione, la Copertura Medica per il Partecipante non è responsabile per le spese mediche relative a malattie o infortuni preesistenti. Una malattia preesistente è una malattia per la quale è stato richiesto o fornito un trattamento nei diciotto mesi precedenti l'arrivo della Persona Coperta al luogo delle partenze internazionali.

C'è una considerazione speciale per le condizioni in cui l'uso di farmaci o medicinali prescritti da un medico è ben controllato. L'esclusione include tutte le condizioni che richiedono l'assunzione di farmaci o medicinali prescritti, a meno che la condizione per la quale il farmaco o il medicinale prescritto viene assunto rimanga controllata per un periodo di 45 giorni prima dell'arrivo della Persona Coperta senza alcun cambiamento nella prescrizione richiesta.

Questo significa che se il periodo di controllo di 45 giorni viene adeguatamente rispettato, allora alcune condizioni mediche potrebbero non essere soggette all'esclusione delle condizioni preesistenti. Un esempio è una persona con diabete la cui prescrizione di insulina non è cambiata nei 45 giorni prima di partire per il programma AFS. Le cure di emergenza per questa persona potrebbero essere coperte dalla copertura medica senza che il diabete sia considerato una condizione preesistente.

Per chiarire, questo si riferisce specificamente alla copertura di un'emergenza medica che può sorgere e che è collegata o causata dalla malattia cronica. Nel nostro esempio, potrebbe trattarsi di una Persona Coperta con diabete controllato che sperimenta una complicazione inaspettata di tale malattia mentre è all'estero.

Ciò non significa che questa Persona Coperta sia coperta dalla copertura medica per le spese previste per la cura della sua malattia cronica durante il programma AFS. Il costo dell'insulina ogni giorno per la cura regolare di qualcuno con il diabete, per esempio, sarebbe una spesa prevista e non sarebbe coperta.

Come afferma questo opuscolo medico nella sezione precedente, l'assicurazione medica di viaggio tipicamente esclude le spese o le cure che sono di routine o che possono essere anticipate.

Nel caso in cui la Copertura Medica per il Partecipante paghi delle spese mediche che risultino essere state determinate da una malattia preesistente, verrà chiesto in seguito un rimborso alla famiglia inviante. Se una Persona Coperta soffre di una malattia qualificabile come preesistente o produce spese di routine o previste, la famiglia inviante dovrebbe fare in modo di pagare le spese relative a tale malattia che dovessero verificarsi 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.

Spese per interventi chirurgici non urgenti

Gli interventi chirurgici non urgenti non rientrano nella Copertura. Per intervento chirurgico non urgente si intende un trattamento chirurgico che non deve essere effettuato prima di due settimane dalla data in cui è stata stabilita la necessità di un intervento chirurgico, e la persona oggetto di copertura può essere rimpatriata in modo sicuro nel paese d'origine per un intervento chirurgico approvato medicamente oppure

- a) l'intervento chirurgico o il trattamento sono opzionali, o
- b) l'intervento chirurgico non è considerato urgente o di emergenza e non deve essere eseguito durante la permanenza nel programma della persona oggetto di copertura.

In caso di dubbi sulla rispondenza dell'intervento chirurgico ai criteri di urgenza, saranno l'Assicuratore o l'Agente Amministrativo a decidere in merito in consultazione con il medico curante della persona oggetto di copertura. In particolare, se vostro figlio o vostra figlia subisce un infortunio sportivo ortopedico mentre svolge un'attività atletica nel programma AFS, a meno che non sia necessaria una riparazione chirurgica immediata (entro due settimane dalla decisione del medico) per prevenire ulteriori lesioni e/o danni permanenti, dovrete essere pronti a pagare qualsiasi operazione necessaria per ripristinare la piena mobilità e/o stabilità, sia nel paese ospitante sia in quello di origine.

Quando l'intervento chirurgico è considerato non urgente - un esempio

È possibile che un partecipante abbia un incidente che richiede cure immediate, magari al Pronto Soccorso o in un centro di cure urgenti, ma per il quale l'intervento chirurgico può essere considerato "non urgente". Si consideri l'esempio di un incidente sul campo da calcio, in cui il partecipante subisce un infortunio al ginocchio.

Il partecipante potrebbe aver bisogno di cure mediche immediate per risolvere l'infortunio o alleviare il dolore, che rientrano nella Copertura medica. L'assistenza medica può includere anche la determinazione della necessità di ulteriori cure, come un intervento chirurgico o la fisioterapia.

Se i medici curanti, in collaborazione con la GMMI, stabiliscono che l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro le due settimane successive alla valutazione, l'intervento può essere coperto mentre il partecipante è nel programma AFS. Si tratterebbe di un intervento chirurgico d'urgenza.

Tuttavia, i medici professionisti possono stabilire che, anche se l'intervento chirurgico è considerato necessario dal punto di vista medico, non deve essere eseguito d'urgenza. Per molte lesioni ortopediche si può tranquillamente attendere l'intervento per settimane o mesi, e tale attesa potrebbe persino essere raccomandata dai medici professionisti durante la guarigione della lesione.

Nel nostro esempio, il partecipante riceve cure immediate per l'infortunio al ginocchio, compreso un tutore e istruzioni su come operare quotidianamente con l'infortunio mentre si riprende. Gli viene comunicato che sarà necessario un intervento chirurgico, ma che non dovrà avvenire entro le due settimane successive. In queste circostanze, l'intervento sarà considerato "non urgente" e non rientrerà nella Copertura medica.

In questo caso, il partecipante ha a disposizione due opzioni per l'intervento chirurgico. Può aspettare la fine del programma e sottoporsi all'intervento dopo il rientro in patria. Oppure può recarsi in patria per sottoporsi all'intervento al momento opportuno e poi tornare per riprendere il programma AFS. In entrambi i casi il costo dell'intervento sarà a carico della famiglia naturale.

Se è necessaria la fisioterapia, possono essere coperte fino a 12 sedute, se richieste dal personale medico. Nel caso in cui il partecipante si sottoponga a un intervento chirurgico invasivo (cioè un intervento in cui la pelle viene tagliata), la copertura può essere estesa fino a ulteriori \$ 5.000.

Lista completa delle esclusioni chiave dalla Copertura Medica per il Partecipante

Questa polizza non coprirà alcun risarcimento, sinistro, infortunio, danno o responsabilità legale subiti o sostenuti direttamente o indirettamente da una Persona Coperta in conseguenza di:

- ☐ Mancato ottenimento di vaccini, inoculazioni o farmaci raccomandati prima dell'inizio del programma.

La polizza non coprirà alcun risarcimento delle spese mediche, sinistro, infortunio, danni o responsabilità legale subiti o sostenuti direttamente o indirettamente dalla Persona Coperta in conseguenza di:

- ☐ Condizioni preesistenti;
- ☐ Suicidio o tentato suicidio;
- ☐ Guerra nel paese d'origine della Persona Coperta;
- ☐ Partecipazione a manovre militari o esercizi di addestramento;
- ☐ Pilotare o imparare a pilotare o agire come membro dell'equipaggio di qualsiasi aeromobile;
- ☐ Praticare deltaplano, aliante, parapendio o paracadutismo;
- ☐ Partecipare a sport semi-professionali o professionali;
- ☐ Trattamenti dentali che non siano Trattamenti dentali d'emergenza;
- ☐ Qualsiasi trattamento o intervento chirurgico non d'emergenza, chirurgia elettiva, esami fisici di routine, check-up, inoculazioni, vaccinazioni, apparecchi acustici, occhiali o lenti a contatto, costi di medicinali per condizioni croniche;
- ☐ Aborto elettivo;
- ☐ Ernia, a meno che non derivi da un infortunio accidentale che si verifica durante il programma;
- ☐ Viaggio allo scopo di ricevere cure mediche;
- ☐ Cure o trattamenti che non siano ritenuti necessari dal punto di vista medico e ragionevoli dall'Assicuratore o dal Medico curante;
- ☐ Cure o trattamenti pagabili in base a qualsiasi altra polizza assicurativa o programma sanitario governativo;
- ☐ Viaggi contro il parere di un Medico Curante;
- ☐ Chirurgia estetica, fatta eccezione per la chirurgia ricostruttiva incidentale o successiva a interventi chirurgici per traumi, o infezioni per prestazioni coperte o altre malattie coperte della parte del corpo ricostruita, o per trattare una malformazione congenita di un bambino;
- ☐ Qualsiasi patologia, malattia o altra condizione, evento o circostanza che si verifichi in un momento in cui non si è nel programma.

X. Inoltare richiesta 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 verificano o si producono. Si prega di presentare le richieste di risarcimento il prima possibile, preferibilmente entro 90 giorni dal momento in cui sono state sostenute le spese mediche. Le richieste di risarcimento presentate dopo un anno dal momento in cui sono state sostenute per la prima volta potrebbero non essere pagabili.

Si prega di notare che se una Persona Coperta esagera o fa una richiesta fraudolenta, l'Assicuratore non è responsabile del pagamento e può escluderlo dalla Copertura.

Reclami

AFS e l'Assicuratore sono impegnati a fornire un servizio di alta qualità e vogliono garantire che questo sia mantenuto in ogni momento.

In caso di domande o dubbi sulla Polizza o sulla gestione di un sinistro, si prega di contattare innanzitutto l'ufficio AFS locale come indicato nel proprio Contratto di Partecipazione.

Inoltare richiesta di risarcimento per spese sostenute negli USA

Quando una Persona Coperta sostiene una spesa medica negli USA, chiedere al Medico Curante o all'ospedale di inviare la fattura originale con il modulo di richiesta direttamente a GMMI:

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

E-mail: customerservice@gmmi.com

Nel caso in cui la spesa medica sia pagata dalla Persona Coperta 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. È importante compilare l'intero modulo, fornendo informazioni dettagliate sulla natura del trattamento richiesto.

Si consiglia di contattare GMMI quando una Persona Coperta deve essere ricoverata in ospedale negli USA per più di 72 ore come paziente. GMMI deve sempre essere coinvolta insieme ad AFS quando si tratta di un'evacuazione medica di emergenza.

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 Medica per la Persona Coperta, vi preghiamo di informare GMMI in merito. Potete inviare una e-mail (customerservice@gmmi.com) con le specifiche del risarcimento, descrivendo la fattura da voi ricevuta.

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

Chiamata per informazioni su spese mediche negli USA

I medici curanti, le famiglie ospitanti o le Persone Coperte 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.

Inoltrare richieste di risarcimento per spese sostenute al di fuori degli USA

L'ufficio locale o il partner del paese ospitante determinano il modo in cui vengono gestiti i risarcimenti nei diversi paesi. Le Persone Coperte e le famiglie ospitanti dovrebbero contattare l'ufficio locale per essere rimborsate delle spese mediche. Si prega di non inviare richieste mediche direttamente alla compagnia assicurativa, poiché non gestisce le richieste. Le richieste verranno gestite tra il paese ospitante di AFS e l'elaboratore delle richieste.

L'incaricato della gestione delle richieste di risarcimento in Europa è AON Consulting, Admiraliteitskade 62, Rotterdam, Paesi Bassi. Essi sono anche disponibili, nei normali orari d'ufficio, per rispondere a domande sulla copertura assicurativa, chiamando il numero +31.10.448.7264. E-mail: afs@aon.nl. In alcuni casi, potrebbe essere necessario che AON Consulting riferisca alcune domande all'Assicuratore per la loro valutazione e guida.

Inoltre, AON Consulting aiuta a coordinare le domande relative all'assicurazione medica per le Persone Coperte dell'Unione Europea che viaggiano in paesi con accordi assicurativi dell'Unione Europea (UE). Vi preghiamo di contattare AON non appena un servizio medico si renda necessario per queste Persone Coperte, in modo da permettere loro di fare in modo che qualsiasi richiesta di risarcimento approvata dall'Assicuratore venga correttamente pagata attraverso i canali dell'Unione Europea. Spesso, questi accordi devono essere seguiti prima del verificarsi della spesa medica, per poter essere adeguatamente coperti.

Nel resto del mondo, si consiglia di contattare GMMI quando una Persona Coperta deve essere ricoverata in ospedale per più di 72 ore come paziente. GMMI deve sempre essere coinvolta insieme ad AFS quando si tratta di un'evacuazione medica di emergenza. Possono essere contattati

via e-mail all'indirizzo customerservice@gmmi.com o per telefono in Florida, USA al numero +1 954-370-6468

In caso di incidente d'auto

Nel caso in cui una Persona Coperta subisca un infortunio a seguito di incidente d'auto, è importante che un resoconto dell'incidente venga allegato alle informazioni per il risarcimento. Tale rapporto è in genere rilasciato dalle autorità di polizia. Il rapporto sull'incidente dovrebbe 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 dalle Persone Coperte 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 Medica per il Partecipante 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) coinvolte nell'incidente verranno richiesti, da parte del gestore del risarcimento, gli estremi assicurativi.

Negli USA, le spese sono di responsabilità:

- ☐ Del proprietario del veicolo nel quale la Persona Coperta viaggiava come passeggero, nel caso in cui l'incidente sia avvenuto in uno stato in cui siano vigenti leggi per la responsabilità oggettiva
- ☐ Dell'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 sull'Assicuratore della Copertura Medica per il Partecipante

L'Assicuratore della Copertura Medica per il Partecipante è:

HDI Global Specialty SE

Policy no. CA1823123000

Registered Office: Podbielskistraße 396, 30659 Hannover, Germany

HDI Global Speciality SE is authorised and regulated by the Bundesanstalt für

Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Commercial Register: Hannover HRB 211924 VAT number: DE 297630986

Legal Entity Identification Code: 5299004VW9WNRHTLF050

Per la presentazione delle richieste di risarcimento medico fare riferimento alle istruzioni alle pagine 16, 17 e 18.

XI. Riepilogo della copertura delle Indennità Aggiuntive - assicurata da Berkley

AFS fornisce un pacchetto di indennità aggiuntive legate al viaggio per i partecipanti AFS. Questa assicurazione è fornita da Berkley Accident and Health ed è in vigore 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 rientrano nella Copertura Medica per il Partecipante.

1. **AD&D - \$10.000** - Prestazione pagata in caso di morte causata da un incidente. 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 \$500** - Per trattamenti dentali per ridurre il dolore
3. **Ricongiungimento d'emergenza - fino a \$5.000** - Biglietto aereo e/o alloggio per un familiare stretto per fare visita a un partecipante ricoverato in ospedale per almeno 24 ore consecutive e su raccomandazione del medico curante.
4. **Indennità per interruzione del viaggio - fino a \$5.000** - Viaggio aereo per il partecipante che debba rientrare a casa a causa di infortunio, malattia con rischio di vita o decesso di un parente stretto.
5. **"Conseguenze mediche" - fino a \$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. **Disabilità permanente - fino a \$100.000** - Prestazione per disabilità permanente e totale derivante da un incidente (non malattia) occorso durante un programma AFS.
7. **Supporto psicologico per decessi e traumi - fino a \$1.500** - Fino a 10 sessioni con un massimo di \$150 per sessione a seguito di un incidente coperto subito dal partecipante. (Disponibile per il partecipante e/o la famiglia)

Oltre alla normale copertura offerta dall'assicurazione di questa polizza, esistono delle Indennità Aggiuntive a disposizione degli assicurati. I termini e le condizioni di questa 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 è pagabile dal partecipante.

Le Indennità Aggiuntive forniscono una copertura “secondaria” e non corrispondono alcun rimborso nel caso in cui sia disponibile un’assicurazione primaria, sia privatamente che attraverso il sistema sanitario nazionale. Le Indennità Aggiuntive vengono pagate come rimborso delle spese per le quali viene presentata 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 a delle indennità particolari. Ecco una descrizione più dettagliata delle sette indennità.

1. Morte accidentale e smembramento (AD&D)

Nel caso in cui si verifichi il decesso di un partecipante, la Copertura Medica per il Partecipante corrisponderà un’indennità di \$10.000 in aggiunta ai limiti forniti dalla copertura delle spese mediche. Si prega di notare che la copertura per morte accidentale è applicabile solo se il decesso ha luogo entro 365 giorni dall’incidente coperto da questa polizza. Nessuna prestazione è pagabile per sinistri causati da malattia.

Nel caso in cui si verifichi la perdita di arti, occhi, udito o vista, o una combinazione delle precedenti, la Copertura Medica per il Partecipante corrisponderà un’indennità fino a \$10.000, in base alla natura esatta della perdita e alle tabelle stipulate nella polizza assicurativa. Si prega di contattare AFS se sono necessari ulteriori dettagli su queste indennità.

Paralisi: L’indennità AD&D verrà pagata per intero in caso di quadriplegia completa irreversibile causata da un danno coperto da infortunio. L’indennità sarà pagata solamente al 75% in caso di paraplegia (si intende per paraplegia la paralisi irreversibile e completa degli arti inferiori) o di emiplegia (paralisi irreversibile e completa di uno dei lati del corpo) o al 25% per l'emiplegia, che si applica a un solo arto. Se più di un tipo di indennità AD&D, o sia un'invalidità che un’indennità AD&D sono pagabili a causa dello stesso incidente, solo una prestazione sarà applicata, e nella fattispecie quella più grande.

Aggressione: Questa indennità risarcisce con \$10.000 l’eventualità di un danno AD&D a seguito di crimini violenti e più in generale di aggressioni. Per il pagamento dell’indennità è necessario un rapporto ufficiale 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 ed abitazioni: È pagabile un’indennità di \$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.

Si noti che l'indennità AD&D non copre alcun danno derivante da malattia. Ciò include l'infermità fisica o mentale, le infezioni batteriche o virali o le cure mediche o chirurgiche, ad eccezione delle infezioni batteriche derivanti da un taglio o una ferita esterna accidentale o dall'ingestione accidentale di cibo contaminato.

2. Emergenza dentistica

Questa indennità fornisce una copertura fino a \$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 dopo la data del verificarsi della malattia o dell'incidente.

Sono rimborsabili le terapie del dolore per infezioni relative ai denti o alle gengive. Questo include il trattamento di ascessi e denti del giudizio. L'estrazione dei denti del giudizio impattati è coperta da questa prestazione, a meno che non sia necessaria per prevenire la diffusione di un'infezione, nel qual caso la procedura è coperta dalla Copertura Medica.

Non è invece rimborsabile 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 dentali 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 relativi trattamenti non sono coperti. Il danneggiamento o la perdita di apparecchi dentali non sono coperti.

Il danneggiamento accidentale di denti naturali e sani è coperto dalla polizza 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 a pagina 27.

3. Indennità di ricongiungimento

Questa indennità fornisce una copertura fino a \$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 per alloggiare due familiari. Questa clausola è soggetta ad approvazione ed ad un massimo totale di \$5.000.

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

Tutti gli accordi di viaggio devono essere presi in consultazione con il partner AFS o da quest'ultimo. Il rimborso delle spese non sarà effettuato fino all'approvazione di AON, l'amministratore del programma.

4. Indennità per interruzione del viaggio

Questa indennità copre il rimborso fino a \$5.000 per un biglietto di trasporto aereo o terrestre (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 questi sia stato colpito da una malattia o da un infortunio che ne metta a rischio la vita, secondo quanto determinato da un medico per iscritto. 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 \$5.000.

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

È inoltre possibile chiedere il pagamento di questa indennità in caso il partecipante, una volta ospedalizzato, debba continuare le proprie cure nel proprio paese.

Tutti gli accordi di viaggio devono essere presi in consultazione con il partner AFS o da quest'ultimo. Il rimborso delle spese non sarà effettuato fino all'approvazione di AON, l'amministratore del programma. Qualunque biglietto già esistente deve essere utilizzato in prima istanza.

5. Assicurazione per conseguenze mediche

Questa assicurazione fornisce la copertura per le spese mediche coperte fino a un massimo di \$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 verificatasi durante lo svolgimento del programma AFS. Per esempio, se un partecipante 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 dovrebbero essere coperte da questa indennità.

Le spese mediche risultanti da malattia verificatasi 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 considerate, ai fini di questa polizza, come una sola fattispecie rimborsabile.

Spese rimborsabili dall'Indennità per le conseguenze mediche:

- ☐ Vitto e alloggio semi-privato in ospedale o uso di un centro medico ambulatoriale
- ☐ Servizi di un medico o di un'infermiera registrata
- ☐ Anestetici e somministrazione di anestetici
- ☐ Test di laboratorio e servizi radiologici
- ☐ Prodotti ematici e trasfusioni
- ☐ Ossigeno e sua somministrazione
- ☐ Noleggio di attrezzature mediche durevoli
- ☐ Arti artificiali o altre protesi (ma non la sostituzione di questi articoli)
- ☐ Gessi, stecche, busti, stampelle e tutori (ma non la sostituzione di questi articoli, o apparecchi dentali)
- ☐ La fisioterapia se raccomandata da un medico in relazione al trattamento di una specifica disabilità e se eseguita da un fisioterapista autorizzato

- ❑ Medicine e terapie che possono essere ottenute solo previa prescrizione medica scritta di un medico o di un chirurgo

In alcuni casi la copertura offerta dalle Indennità aggiuntive è meno ampia di quella offerta dalla Copertura Medica. Per esempio, le spese per una malattia mentale/nervosa sarebbero coperte dalla Copertura Medica per il Partecipante. Tali spese, invece, non sono coperte dall'Indennità per le conseguenze mediche.

Le Indennità per le conseguenze mediche riguardano solo le malattie di tipo endemico. Esse non rispondono per altri tipi di malattia o infezione 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.

Non sono coperte le spese di chirurgia estetica, tranne quelle di plastica ricostruttiva necessarie in seguito a ferite. Il suicidio, il tentativo di autodistruzione o le lesioni volontarie autoinflitte non sono coperti.

Consultare pagina 27 di questo opuscolo per maggiori chiarimenti sulle esclusioni che si applicano alle Indennità per le conseguenze mediche.

6. Assicurazione per disabilità permanente totale

Questa assicurazione fornisce un'indennità fino a \$100.000 per disabilità totale e permanente dovuta a un incidente avvenuto durante lo svolgimento del programma AFS. Non è rimborsabile la disabilità attribuibile a malattie, incluse patologie mentali o nervose.

La disabilità permanente e totale significa che, a causa dell'infortunio derivante da un incidente coperto dall'assicurazione che si verifica 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 disabilità persisterà per tutta la vita.

Se il partecipante è occupato: Dopo i primi 12 mesi, significa che non è in grado di svolgere le mansioni materiali e sostanziali di una qualsiasi occupazione per la quale è, o può diventare, qualificato in ragione dell'istruzione, dell'esperienza o della formazione, che gli fornirebbe sostanzialmente la stessa capacità di guadagno della sua precedente capacità di guadagno prima dell'inizio della disabilità

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

Coma. È pagabile un'indennità pari a \$10.000 per l'assicurato che entri in coma entro 31 giorni da una fattispecie di evento assicurata e che resti comatoso per almeno 31 giorni. Il coma derivante dalla malattia non è coperto. L'1% dell'indennità viene pagato ogni mese per 11 mesi ed il resto della somma dopo 12 mesi

Consultare pagina 27 di questo opuscolo per maggiori informazioni sulle esclusioni che si applicano all'Indennità di disabilità.

7. Supporto psicologico per decessi e traumi

Questa indennità rimborsa un massimo di dieci sessioni di ascolto psicologico fino ad un massimo di \$150 a sessione. Potranno usufruire delle sessioni il Partecipante o uno o più dei suoi familiari stretti come aiuto in relazione al danno subito da una delle fattispecie di eventi rimborsabili. La malattia non è una causa di danno coperta. Il supporto in questione dovrà essere fornito da un dottore o sotto la supervisione di un medico 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 in concomitanza con l'Indennità per le conseguenze mediche.

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

ESCLUSIONI GENERALI PER TUTTE LE "INDENNITÀ AGGIUNTIVE" assicurate da Berkley: AD&D, ricongiungimento, interruzione del viaggio, conseguenze mediche, disabilità 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 aggiuntive.

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

- ☐ Visite mediche di routine, cure oculistiche o dentistiche
- ☐ Viaggi sostenuti allo scopo di richiedere cure mediche o spese sostenute in viaggi che non fanno parte del programma AFS
- ☐ Volo in qualsiasi veicolo per la navigazione aerea, tranne che come passeggero pagante su una compagnia aerea commerciale regolarmente programmata, o come passeggero in un aereo privato non di linea; non su un aereo non destinato al trasporto di passeggeri, o su un aereo utilizzato per test o scopi sperimentali, o su un aereo noleggiato da AFS.
- ☐ Visite di routine dell'infanzia
- ☐ Gravidanza o parto, a meno che il trattamento sia richiesto come risultato di un'emergenza medica
- ☐ Suicidio, autodistruzione o tentativo di autodistruzione mentre si è sani di mente o pazzi
- ☐ Autolesionismo intenzionale
- ☐ Servizio militare
- ☐ Malattia o disturbo ad eccezione dell'infezione batterica derivante da taglio o ferita esterni o dall'ingestione accidentale di cibo contaminato (questa esclusione non si applica alla copertura per la malattia endemica fornita dall'indennità per le conseguenze mediche)
- ☐ Trattamento da parte di un membro stretto della famiglia o del nucleo familiare
- ☐ Malattie mentali o nervose o cure di riposo
- ☐ Chirurgia estetica, eccetto il caso della chirurgia ricostruttiva resasi necessaria in seguito a incidente
- ☐ Esami oculistici per lenti correttive; occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici
- ☐ Procedure non considerate necessarie dal punto di vista medico o di natura non medica
- ☐ Trattamenti o servizi da parte di un'infermiera privata
- ☐ Guerra o qualsiasi atto di guerra, dichiarata o non dichiarata

Per una descrizione completa di tutti i termini e le condizioni che regolano queste indennità, vi preghiamo di riferirvi alla Polizza per i dettagli. Essa è disponibile presso gli uffici locali 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 in questo opuscolo, avrà precedenza il contenuto della polizza.

Richieste 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 Berkley, 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 Medica e non delle Indennità.

Il pagamento del rimborso per le richieste di Indennità Aggiuntive sarà effettuato nella valuta locale, ove 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 al seguente indirizzo:

Aon Consulting
AFS Claims Team
Admiraliteitskade 62, Rotterdam
Postbus 1005, 3000 BA Rotterdam, Paesi Bassi

E-mail: afs@aon.nl
Telefono: +31.10.448.7264
Fax: +31 10-448-87-24

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