

**Informationen zur Krankenversicherung
von AFS Interkulturelle Begegnungen e.V.**

Stand Dezember 2012

Nachweis über die AFS-Krankenversicherung – Kurzübersicht –

Anbieter	AFS Participant Medical Plan (über „The Insurance Company of the State of Pennsylvania“ (ICSP), ein Unternehmen von Chartis Inc.)
Versicherungsart	Nachrangig
Versicherte Personen	Teilnehmer am AFS Austauschprogramm
Versicherungsnummer	0 - US\$ 5.000 GLB 9123963 US\$ 5.001 - US\$ 50.000 GLB 9017245 - A US\$ 50.001 - US\$ 1.000.000 GLB 9123964
Territorium	Gültig weltweit außer im Heimatland des Teilnehmers
Versicherungsdauer	Der Schutz beginnt, sobald der Teilnehmer an dem vom AFS festgelegten deutschen Abreiseort ankommt, und gilt bis zu dem Zeitpunkt des Austritts aus dem AFS-Programm oder der Rückkehr in das Heimatland (Ankunft an dem vom AFS festgelegten Anreiseort), je nachdem, was früher ist.
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Versorgung pro Schadensfall bis zu US\$ 1.000.000 - Krankenrücktransport- und Rückholkosten bis max. \$300,000 - Medizinischer 24h-Notfalldienst - Unfalltodeleistungen: US\$ 10.000
Selbstbehalt und Zuzahlungen	Keine
Wichtige Ausschlüsse (Hinweis: diese Liste ist nicht abschließend. Für eine ausführliche Auflistung siehe Seite 7 und 9)	<ul style="list-style-type: none"> - Bestehende Vorerkrankungen, die innerhalb einer Frist von 18 Monaten vor der Abreise diagnostiziert oder behandelt wurden. - Augenmedizinische Routineversorgung (Augenuntersuchungen, Brille, Kontaktlinsen), außer aufgrund von Unfällen. - Routinemäßige Zahnbehandlungen (außer Schmerzbehandlungen) - Allgemeine körperliche Untersuchungen - Vorsorgeuntersuchungen - Schuluntersuchungen - Impfungen - Selbst zugefügte Verletzungen

Inhaltsverzeichnis

SEITE

A) Leistungen der „AFS-Krankenversicherung“	3
I. <u>Einleitung</u>	3
II. <u>Was ist eine nachrangige Versicherung?</u>	3
III. <u>Definitionen</u>	3
IV. <u>Versicherungsschutz für medizinische Leistungen</u>	5
V. <u>Medizinische Ausweise</u>	6
VI. <u>Medical Assistance (Medizinischer Hilfsdienst)</u>	6
VII. <u>Krankenrücktransport</u>	6
VIII. <u>Rückholkosten</u>	7
IX. <u>Ausschlüsse</u>	7
X. <u>Schadensanzeige</u>	9
B) Überblick über den Umfang der Zusatzleistungen	10
1. Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen	11
2. Zahnmedizinischer Notfall	12
3. Notfallreisekosten für Familienmitglieder	12
4. Notfallbedingte Reiseunterbrechung.....	12
5. Anschlussheilkosten	13
6. Dauernde Invalidität	14
7. Psychologische Betreuung zur Trauer und Traumabewältigung	14
Allgemeine Ausschlüsse für alle Zusatzleistungen	16
Schadensanzeige im Rahmen des Pakets der Zusatzleistungen:	18

A) Leistungen der „AFS-Krankenversicherung“

I. Einleitung

AFS stellt die Krankenversicherung für Teilnehmer, eine umfassende nachrangige Krankenversicherung, zur Verfügung, da die Leistungen für die medizinische Versorgung und für Versicherungen von Land zu Land sehr unterschiedlich sind. Der Zweck der Versicherung ist es sicher zu stellen, dass prompte und angemessene ärztliche Behandlung bei Bedarf überall auf der Welt zur Verfügung steht. Wenn ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin sich unerwartet verletzt oder erkrankt, während er bzw. sie an einem AFS Programm teilnimmt, ist AFS bestrebt sicher zu stellen, dass die medizinischen Leistungen gedeckt sind.

Die Bestimmungen der Krankenversicherung sind im Teilnahmevertrag enthalten, der von den Familien nach dem Auswahlverfahren unterzeichnet wird. Der Zweck dieser Broschüre ist, die medizinischen Leistungen zu beschreiben, die unter die Bestimmungen des Teilnahmevertrages fallen, sowie auch jene, die nicht gedeckt sind.

II. Was ist eine nachrangige Versicherung?

Das Konzept der „primären“ und „nachrangigen“ Versicherung ist in der Krankenversicherungsbranche etabliert. Die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS fungiert als nachrangiger Versicherungsschutz. Sie ist nur dann für die medizinischen Kosten verantwortlich, wenn die Kosten nicht von einer primären Police bezahlt werden, wie z. B. einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse bzw. einer privaten Krankenversicherung der leiblichen Familie.

Dieses Verfahren der Kostenerstattung hilft AFS dabei, die Kosten seines medizinischen Versicherungsplans unter Kontrolle zu halten. AFS wird versuchen, die eingereichten Ansprüche von einer primären Krankenversicherung erstattet zu bekommen. Sollte keine primäre Krankenversicherung zu Verfügung stehen, fungiert die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS als solche und deckt medizinische Leistungen ab. Dies ermöglicht es AFS, weiterhin für die Kosten in den vielen Fällen aufzukommen, in denen keine primäre Krankenversicherung zur Verfügung steht, diese nicht ausreichend bzw. das medizinische Problem nicht in seiner Gesamtheit gedeckt ist.

III. Definitionen

Versicherungsschutz gemäß dem Paket

Wenn der Begriff „**Versicherungsschutz**“ verwendet wird, ist damit die Verantwortung von AFS gemeint, für die folgenden gedeckten Schäden der AFS-Teilnehmer aufzukommen:

Medizinische Leistungen
Krankenrücktransport, einschließlich Flugrettungsdienst
Rückholkosten

Jeder einzelne Versicherungsschutz ist in einem Abschnitt dieser Broschüre beschrieben.

Ein **berechtigter Teilnehmer** ist ein Teilnehmer, der die Teilnahmevereinbarung des AFS unterschrieben hat.

Ein "**gedeckter Schaden**" ist ein Unfall oder eine Erkrankung, der/die nicht von der Krankenversicherung für Teilnehmer ausgeschlossen ist. Während der Versicherungsschutz von AFS einerseits sehr breit angelegt ist, werden andererseits nicht alle Arten von Schäden gedeckt. Im Abschnitt 10. auf Seite 7 bis 9 ist eine Auflistung der Ausschlüsse des Versicherungsschutzes der Teilnehmer zu finden.

Hinweis:

AFS bietet den TeilnehmerInnen zudem „Zusatzleistungen“. Dieses Leistungspaket gilt für gedeckte Unfälle oder Krankheiten und deckt zusätzlich mehr ab als die grundlegenden medizinischen Leistungen aus der AFS-Krankenversicherung:

Unfalltod oder Verlust von Gliedmaßen
Zahnmedizinische Notfall-Schmerzbehandlung
Notfallreisekosten für Familienangehörige
Notfallbedingte Reiseunterbrechung
Dauernde Invalidität
Anschlussheilkosten
Psychologische Betreuung zur Trauer- und Traumabewältigung

Die Geschäftsbedingungen für diese Zusatzleistungen unterscheidet sich von denen der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS und werden daher im letzten Teil dieser Broschüre separat erläutert.

Versicherungsschutzlimit bei einem Unfall oder einer Erkrankung

Die Versicherungssummen der AFS-Teilnehmer belaufen sich auf bis zu US\$ 1.000.000 pro gedecktem Schaden, während sie an einem AFS-Programm teilnehmen. Das ist der Höchstbetrag, der zur Kostendeckung für medizinische Leistungen zur Verfügung steht.

Über den Betrag von US\$ 1.000.000 hinaus deckt AFS keine Kosten für medizinische Leistungen für einen einzelnen gedeckten Schaden. Rückhol- und Rückführungskosten werden allerdings zusätzlich bis zu einer Summe von US\$ 300,000 gedeckt.

Sollte ein Teilnehmer mehr als einen Unfall oder eine Erkrankung erleidet, würde für jeden Schadensfall die Versicherungssumme neuerlich Anwendung finden.

Selbstbehalt und Zuzahlungen

Die Teilnehmer haben keinen Selbstbehalt bzw. keine Zuzahlungen zu leisten.

Versicherungsschutzgebiet

Die Krankenversicherung für Teilnehmer ist weltweit wirksam.

Sie ist nicht anwendbar auf Schadensfälle, die sich im jeweiligen Heimatland des Teilnehmers ereignen.

Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Teilnehmer den vom AFS festgelegten deutschen Abreiseort erreicht, wie z. B. den Flughafen Frankfurt/Main. Solange ein Teilnehmer am AFS-Programm teilnimmt, hat er ein Anrecht auf Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz endet zum Zeitpunkt des Austritts aus dem AFS-Programm oder nach der Rückkehr an dem von AFS festgelegten Anreiseort im Heimatland, je nachdem, was früher eintritt.

Sobald der Teilnehmer das AFS-Programm verlässt oder nach Hause zurückkehrt, liegt die Verantwortung für die medizinischen Kosten bei der leiblichen Familie, und zwar auch dann, wenn der Unfall, die Verletzung oder die Erkrankung, die diese Kosten verursachen, während der Laufzeit des Programms passiert bzw. auftritt.

Aus diesem Grund sollte die leibliche Familie vor Beginn des AFS-Programms sicherstellen, dass in Deutschland eine andere Versicherung oder medizinische Versorgung zur Verfügung steht, sollte ihr Kind zurückkehren und ärztlicher Hilfe bedürfen. Es kann u. U. unmöglich sein, Versicherungsschutz gewährt zu bekommen, wenn der Teilnehmer bereits krank oder verletzt ist, da dies als bereits bestehende Erkrankung eingestuft werden könnte. **Aus diesem Grunde empfiehlt AFS ausdrücklich, dass die leibliche Familie für ihr Kind eine Krankenversicherung beibehält, während es am AFS Programm teilnimmt.**

Das Paket der Zusatzleistungen enthält eine Leistung, die „Anschlussheilkosten“ genannt wird und die dazu dient, Ausgaben in begrenzter Höhe zu decken, die aufgrund von Unfällen oder endemischen Erkrankungen erforderlich sind, die während des AFS-Programms passiert oder aufgetreten sind, aber auch nach der Rückkehr in das Heimatland medizinische Leistungen erfordern. Eine genaue Beschreibung dieser Leistung finden Sie im letzten Abschnitt dieser Broschüre.

IV. Versicherungsschutz für medizinische Leistungen

Medizinische Leistungen beziehen sich auf die Leistungen, die für ärztliche Versorgung eines berechtigten Teilnehmers entstehen, während er am AFS-Programm teilnimmt. AFS ist nur für die medizinischen Leistungen der gedeckten Schäden zuständig, d. h. Unfälle oder Erkrankungen, die nicht von der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS ausgeschlossen sind.

Zu den gedeckten medizinischen Leistungen gemäß der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS gehören:

1. Kostenforderungen eines Krankenhauses für Zimmer und Verpflegung, Krankenpflege und andere Dienste, einschließlich Forderungen für fachspezifische Leitungen, ausgenommen Kosten für nicht-medizinisches Personal; jeweils unter der Voraussetzung, dass die Ausgaben nicht die durchschnittlichen Kosten des Krankenhauses für ein Mehrbettzimmer und volle Verpflegung übersteigen.
2. Forderungen eines Arztes für Diagnose, Behandlung und Operationen.
3. Forderungen für die Bereitstellung und Durchführung von Anästhesien.
4. Forderungen für Medikamente, Röntgenuntersuchungen, Labortests und -untersuchungen, Verwendung von Radium und radioaktiven Isotopen, Sauerstoff, Bluttransfusionen, Beatmungsgerät und medizinische Behandlungen.
5. Forderungen für Physiotherapie, falls diese von einem Arzt zur Behandlung einer speziellen Behinderung verordnet und von einem zugelassenen Therapeuten durchgeführt wurde.
6. Forderungen für Hotelkosten, wenn ein Teilnehmer unter normalen Umständen in einem Krankenhaus betreut würde, aber unter der Aufsicht eines qualifizierten Arztes in einem Hotelzimmer betreut werden soll, weil kein Zimmer im Krankenhaus verfügbar ist; sei es aufgrund der Kapazität, der Entfernung oder aufgrund anderer Umstände, die sich dem Einfluss des Versicherten entziehen.
7. Verbände, Medikamente und Arzneimittel, die nur auf Rezept eines Arztes oder Chirurgen erhältlich sind.

Das Paket der Zusatzleistungen beinhaltet auch spezielle Leistungen, die sowohl bei Fällen von Körperverletzung als auch Koma aufgrund von Verletzungen anwendbar sind. Es gibt auch eine Leistung, die zur psychologischen Betreuung zur Traumabewältigung nach einem gedeckten Unfall herangezogen werden kann. Detaillierte Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt Zusatzleistungen am Ende dieser Broschüre.

Im Abschnitt 10. dieser Broschüre über Ausschlüsse sind die Leistungen aufgelistet, die nicht gedeckt sind.

Es liegt in der Verantwortung der leiblichen Familie, den Versicherungsschutz für diese medizinischen Leistungen des Teilnehmers zu gewährleisten, die gemäß der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS ausgeschlossen sind.

Falls AFS für diese Leistungen aufkommt, um dem Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erkrankung oder Verletzung zu helfen, haben die leiblichen Eltern diese AFS zu erstatten.

V. Medizinische Ausweise

AFS im Gastland gibt an die TeilnehmerInnen einen medizinischen Ausweis aus, sollte dies dort notwendig sein. Dieser kann als Nachweis genutzt werden, dass sie Versicherungsschutz für medizinische Leistungen haben. Auf jedem Ausweis ist die Telefonnummer angegeben, die ein Arzt oder Krankenhaus rund um die Uhr anrufen kann, um den Versicherungsschutz eines berechtigten Teilnehmers zu verifizieren, wenn das heimische Büro im Gastland geschlossen ist oder wenn ein wahrer medizinischer Notfall besteht.

VI. Medical Assistance (Medizinischer Hilfsdienst)

Um den medizinischen Schutz der Teilnehmer zu sichern, arbeitet AFS mit der Organisation *Travel Guard* zusammen, die Reisende bei der Erlangung medizinischer Hilfe unterstützt. *Travel Guard* ermöglicht es AFS, medizinische Behandlung in aller Welt *in Anspruch zu nehmen* bzw. *zu bewerten* sowie einen Krankenrücktransport zu arrangieren, falls dies erforderlich sein sollte.

Ärztliche Behandlung *in Anspruch zu nehmen* bedeutet, das Personal und die Einrichtungen zu finden, die für den medizinischen Zustand des Teilnehmers notwendig sind, während er sich im Gastland befindet. Es bedeutet ferner, dass der Teilnehmer während der Teilnahme am AFS-Programm ärztlich diagnostiziert oder mit Medikamenten versorgt wird.

Ärztliche Behandlung *zu bewerten* bedeutet, festzustellen, dass die Einrichtung im Gastland, in die ein Teilnehmer u. U. bereits eingeliefert wurde, für die Behandlung geeignet ist. Es kann ferner bedeuten, sich eine zweite Meinung bei einem Arzt vor Ort einzuholen bzw. von einem Arzt, der Mitglied des Hilfsnetzes ist.

Travel Guard besteht aus einem Mediziner-Team, das rund um die Uhr im Dienst ist. Diese Hilfsorganisation ergänzt das bestehende Netz von AFS-Partnern und Freiwilligen in aller Welt, wenn ein medizinisches Problem auftritt. Sie ermöglicht es AFS International und der AFS-Aufnahme- sowie der AFS-Entsendeorganisation, sich mit medizinischen Experten zu beraten, sollte ein Notfall eintreten. Sie können sich auch gemeinsam über den Fall informieren und seine Entwicklung verfolgen.

Sollte eine andere Art medizinischer Behandlung oder Einrichtung für den Teilnehmer empfohlen werden, kann die Hilfsorganisation für eine Überweisung innerhalb des Gastlandes oder in eine Einrichtung im Heimatland des Teilnehmers sorgen.

VII. Krankenrücktransport

Krankenrücktransport bezieht sich auf die Transportkosten eines schwer erkrankten Teilnehmers und ggf. einer Begleitperson, wenn dies medizinisch notwendig ist. Der Krankenrücktransport hat in der Regel die Rückkehr des Teilnehmers in das Heimatland zur Folge. Sobald der Teilnehmer nach Hause bzw. in eine erforderliche medizinische Einrichtung im Heimatland gebracht wurde, sind dadurch die Teilnahme des Teilnehmers am AFS-Programm und der Krankenversicherungsschutz beendet.

Bei sehr außergewöhnlichen Fällen können Ärzte den Transfer in ein Krankenhaus vorschlagen, das sich weder im Heimat- noch im Gastland befindet. Dies wird von AFS als Beendigung der Teilnahme am AFS-Programm angesehen. In diesem Fall deckt AFS zwar die Kosten des Krankentransportes, der Versicherungsschutz jedoch endet nach der Ankunft des Teilnehmers im Krankenhaus und die Kosten der medizinischen Versorgung sind von den leiblichen Eltern zu tragen.

Im Paket der Zusatzleistung gibt es die Option der Notfallbedingten Reiseunterbrechung. Diese ist dann nützlich, wenn ein kranker oder verletzter Teilnehmer bereits aus medizinischen Gründen in eine medizinische Einrichtung transportiert werden musste und von dort aus weiter nach Hause reisen muss. Details zu der Leistung Notfallbedingte Reiseunterbrechung finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Manchmal muss der Teilnehmer u. U. im Gastland in ein anderes Krankenhaus transportiert werden, um die entsprechende ärztliche Versorgung zu erhalten, während er weiterhin im AFS-Programm

verbleibt. AFS kommt nur dann für die Kosten der medizinischen Versorgung nach dem Transport auf, wenn der Teilnehmer nach der Beendigung der Behandlung direkt zu einer Beteiligung an den Aktivitäten des AFS-Programms im Gastland zurückkehrt.

Die Krankenversicherung für Teilnehmer arrangiert einen Krankentransport und deckt dessen Kosten, wenn ein Arzt schriftlich anordnet, dass ein solcher für den Teilnehmer erforderlich ist. Diese Arrangements müssen durch die Hilfsorganisation Travel Guard getroffen werden, die mit AFS zusammenarbeitet. Sie können unterschiedlich sein, von einer frühzeitigen Rückkehr in einem Linienflugzeug bis zu einem speziell mit medizinischen Einrichtungen und Personal ausgerüsteten Flugzeug. Beim Krankentransport sind nur die Reisekosten von medizinisch notwendigen Begleitpersonen gedeckt. Sonstige Reisen sind ebenfalls nicht gedeckt. (Für Reiseunterbrechungen, die durch den Gesundheitszustand eines Familienangehörigen notwendig werden, beachten Sie bitte die Zusatzleistungen.)

VIII. Rückholkosten

Bitte beachten Sie, dass sich die **Rückholkosten** nicht auf den Krankentransport oder irgendwelche reguläre Reisekosten beziehen. Sie beziehen sich auf Sonderreisearrangements, die getroffen werden müssen, wenn jemand, der Versicherungsschutz durch AFS hat, gestorben ist. In diesem Fall werden von AFS alle erforderlichen Arrangements durch das Reisehilfsnetz getroffen. Das AFS-Versicherungspaket bezahlt die Rückholkosten, wenn sie durch einen gedeckten Schaden entstehen.

IX. Ausschlüsse

Nicht alle medizinischen Leistungen fallen unter die Verantwortung der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS. Einige Kostenarten, wie z. B. jene, mit denen die Teilnehmer **rechnen**, die sie **wählen oder kontrollieren können**, sind durch die Krankenversicherung für Teilnehmer nicht gedeckt.

Andere Arten von Leistungsausschlüssen sind jene, die als **medizinisch nicht notwendig** angesehen werden. Die Krankenversicherung für Teilnehmer ist derart ausgestaltet, dass nur Kosten für unerwartete medizinische Dienstleistungen und Kosten, die laut einem Arzt erforderlich sind, um die Gesundheit des Teilnehmers wiederherzustellen, gedeckt sind.

Einige Kostenarten können nicht gedeckt werden, da sie nicht angemessen beurteilt werden können, wie z. B. die Gefahr von **Krieg** oder die eines **experimentellen medizinischen Eingriffs**.

Kosten für augen- und zahnmedizinische Routineversorgung

Die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS deckt gewisse Arten von medizinischen Leistungen **nicht ab**, mit denen als Teil des täglichen Lebens zu rechnen ist. Darunter fällt die **augenmedizinische Routineversorgung**, wie z. B. augenärztliche Routineuntersuchungen, Brillen oder Kontaktlinsen. **Zahnmedizinische Versorgung** ist in der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS nur dann gedeckt, wenn sie aufgrund eines Unfalls notwendig und von einem Arzt empfohlen wurde.

Das Programm der Zusatzleistungen umfasst begrenzt zahnmedizinische Behandlungen, die zur unmittelbaren Schmerzbekämpfung dienen. Details finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Kosten für körperliche Routine- oder Vorsorgeuntersuchungen

Die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS ist ferner nicht für körperliche **Routineuntersuchungen, Immunisierungen, Impfungen oder Untersuchungen** zuständig, auch wenn diese von den Schulen verlangt werden. Z.B. erwarten Schulen mitunter eine sportmedizinische Untersuchung bevor ein Teilnehmer am Schulsport teilnehmen darf. Es wird von den Teilnehmern und/oder leiblichen Eltern erwartet, dass sie für diese Kosten direkt aufkommen. Falls die Gastfamilie oder AFS für diese Kosten aufzukommen haben, wird AFS eine Rückerstattung von der leiblichen Familie verlangen.

Was ist eine bereits bestehende Erkrankung?

Eine **bereits bestehende Erkrankung** ist eine, für die in einem Zeitraum von 18 Monaten vor Ankunft des Teilnehmers am internationalen Abfahrtsort eine Behandlung aufgesucht oder in Anspruch genommen wurde.

Wenn die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS für medizinische Leistungen aufkommt, von denen festgestellt wird, dass sie die Folge einer Vorerkrankung sind, dann wird AFS die Rückerstattung der Kosten von der leiblichen Familie anstreben. Falls ein Teilnehmer eine Beschwerde (*pre-existing condition*) hat, die als bereits bestehend betrachtet werden kann, muss die leibliche Familie Sorge dafür tragen, dass die in Verbindung mit dieser Erkrankung entstehenden Kosten, sollten sie im Laufe des AFS Programms anfallen, bezahlt werden. Ist eine Versicherungspolice in Kraft, die die Behandlungskosten der Erkrankung decken, sollte die leibliche Familie den Versicherungsschutz während des AFS-Programms aufrechterhalten.

Zusammenfassung der ausgeschlossenen Leistungen, da mit ihnen zu rechnen ist oder sie wahlfrei sind

- Augenmedizinische Routineversorgung
- Zahnmedizinische Routineversorgung
- Körperliche Routineuntersuchung
- Schuluntersuchung
- Immunisierungen
- Impfungen
- Bereits bestehende Erkrankungen
- Maßnahmen zur Empfängnisverhütung

Auflistung der Ausschlüsse der Krankenversicherung für Teilnehmer

- Leistungen, Versorgung oder Behandlungen, die von einem Arzt als nicht notwendig oder angemessen eingestuft werden.
- Medizinische Leistungen, die nach der Rückkehr im Heimatland des Teilnehmers anfallen oder Leistungen für Teilnehmer, die aus irgendeinem Grund aus dem AFS-Programm ausgeschieden sind.
- Zahnmedizinische Versorgung, außer infolge einer unfallbedingten Verletzung der gesunden, natürlichen Zähne. Operationen zur Kiefervergrößerung oder -verkleinerung sind ebenfalls ausgenommen.
- Augenmedizinische Routineversorgung, einschließlich Brillen, Refraktion des Auges und Kontaktlinsen.
- Allgemeine körperliche Untersuchungen, einschließlich sportmedizinischer Untersuchungen, bei denen keine objektiven Hinweise der Beeinträchtigung des normalen Gesundheitszustandes bestehen.
- Impfungen oder Immunisierungen.
- Bereits bestehende Erkrankungen, die in den 18 Monaten vor Ankunft am internationalen Abfahrtsort diagnostiziert oder behandelt wurden.
- Kosmetische Operation, es sei denn, sie ist infolge eines Unfalles erforderlich.
- Versorgung eines Neugeborenen oder Kindes.
- Selbstmord oder versuchter Selbstmord in zurechnungsfähigem Zustand oder Selbsterstörung bzw. versuchte Selbsterstörung in unzurechnungsfähigem Zustand.
- Selbst zugefügte Verletzungen.

- Militärdienst
- Kosten, die von einer anderen Versicherung oder einem staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt werden.
- Kosten, die aus einer Kriegssituation in den USA, im Iran, Irak, in Afghanistan oder dem Heimatland des Teilnehmers resultieren.
- Skydiving, Profi- und Amateurrennen, das Steuern eines Flugzeugs.
- Verletzungen während der Ausübung von professionellem Sport.

X. Schadensanzeige

Medizinische Leistungsansprüche werden über AFS im Gastland abgerechnet. Die Ansprüche müssen innerhalb eines Jahres nach Auftreten der Kosten geltend gemacht werden. Beim Einführungscamp und von den AFS-Mitarbeitern im Gastland erfährt Ihr Kind, wie im Krankheitsfall zu verfahren ist.

Im Falle eines Autounfalls

Wurde ein/e TeilnehmerIn bei einem Autounfall verletzt, ist es unbedingt erforderlich, der Schadensmeldung einen **Unfallbericht** beizufügen. Diesen Unfallbericht erhält man üblicherweise von der Polizei.

Der Unfallbericht sollte die Namen, Adressen und die relevanten Versicherungsdaten aller am Unfall beteiligten Lenker enthalten.

Bitte beachten Sie, dass die Verantwortung für medizinische Leistungen, die für die TeilnehmerInnen aufgrund eines Verkehrsunfalls anfallen, oftmals durch örtliches Recht geregelt wird.

In vielen Ländern ist eine Autoversicherung verpflichtend vorgeschrieben und die Krankenversicherung für TeilnehmerInnen von AFS wird zuerst versuchen, die Bezahlung des Schadensfalles über diese Versicherung abzuwickeln. Das bedeutet, dass die am Unfall beteiligten FahrzeughalterInnen vom Anspruchsverwalter aufgefordert werden, ihre Versicherungsdaten bekannt zu geben.

In den USA liegt die Verantwortung für die Leistungen:

- bei dem Fahrzeughalter, dessen Insasse der Teilnehmer/ die Teilnehmerin war, wenn der Unfall in einem Bundesstaat stattgefunden hat, in dem es eine verschuldensunabhängige Gesetzeslage gibt;
- bei der Autoversicherung des schuldigen Fahrers, wenn der Unfall in einem Bundesstaat stattgefunden hat, in dem es verschuldensabhängige Gesetzeslage gibt.

B) Überblick über den Umfang der Zusatzleistungen

AFS bietet den AFS-Teilnehmern ein Paket an Zusatzleistungen. Diese Versicherung wird angeboten von der Insurance Company of the State of Pennsylvania, auch bekannt unter dem Namen Chartis. Sie gilt für alle Teilnehmer, die sich im AFS Programm befinden.

Dieses Paket bietet sieben verschiedene Arten von Zusatzleistungen, die hilfreich sein können, wenn es während der Reise zu Krankheit oder Verletzung kommt, die nicht von der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS gedeckt ist.

1. Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen	bis US\$ 10.000	Leistung greift im Todesfall. Geringere Leistung bei anderen Schäden, wie z. B. bei Verlust von Gliedmaßen oder Fertigkeiten. Leistungen für Koma und Lähmung sind ebenfalls eingeschlossen.
2. Zahnmedizinischer Notfall	bis US\$ 500	Für zahnmedizinische Schmerzbehandlung
3. Notfallreisekosten für Familienangehörige	bis US\$ 5.000	Flug und/ oder Unterkunftskosten, wenn ein unmittelbarer Familienangehöriger einen Teilnehmer besucht, der mindestens 24 Stunden in stationärer Behandlung aufgenommen ist und ein behandelnder Arzt diesen Besuch empfiehlt.
4. Notfallbedingte Reiseunterbrechung	bis US\$ 5.000	Flugkosten für die Heimreise eines Teilnehmers aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, Verletzung oder des Todes eines unmittelbaren Familienangehörigen.
5. Anschlussheilkosten	bis US\$ 100.000	Deckt medizinische Kosten ab, die innerhalb eines Jahres nach der Rückkehr in das Heimatland in Folge eines Unfalles während der Teilnahme am AFS-Programm anfallen (gilt nicht bei Krankheit, außer endemischer Erkrankungen).
6. Dauernde Invalidität	bis US\$ 100.000	Leistung für dauernde und vollständige Invalidität aufgrund eines Unfalls während der Teilnahme am AFS Programm (gilt nicht bei Krankheit, außer endemischer Erkrankungen).
7. Psychologische Betreuung zur Trauer- und Traumabewältigung	bis zu 10 Sitzungen, bei max. US\$ 100 pro Sitzung	Anspruchsberechtigt sind Teilnehmer und/ oder Angehörige, wenn die Betreuung aufgrund eines gedeckten Unfalls oder einer endemischen Krankheit des Teilnehmers notwendig ist.

Die Zusatzleistungen werden zusätzlich zu den Leistungen der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS angeboten. Die Bedingungen für den Leistungsumfang der Zusatzleistungen unterscheiden sich von den Bedingungen der Krankenversicherung, die medizinische Leistungen, Rückholtransport und Rückführung abdeckt. Für Teilnehmer gibt es keine Selbstbehalte oder Zuzahlungen.

Die Zusatzleistungen bieten einen „nachrangigen“ Versicherungsschutz und können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn keine primäre Versicherung, sei es eine private oder staatliche Krankenversicherung, verfügbar ist.

Alle sieben Zusatzleistungen unterliegen den Ausschlüssen, die am Ende dieser Broschüre aufgelistet sind. Einige Ausschlüsse gelten gesondert für bestimmte Leistungen.

Im Folgenden werden die sieben Zusatzleistungen im Detail erklärt:

1. Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen

Im Fall des Todes einer Teilnehmerin oder eines Teilnehmers erbringt die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS eine Leistung von US\$ 10.000 zusätzlich zu dem Betrag, der für medizinische Leistungen erbracht wird. Zu beachten ist allerdings, dass die Leistung nur dann erbracht wird, wenn der Todesfall innerhalb von 365 Tagen nach einem gedeckten Unfall eintritt. Für einen Todesfall aufgrund von Krankheit, ausgenommen endemische Erkrankungen, werden keine Leistungen erbracht. Eine endemische Erkrankung liegt dann vor, wenn diese sich ausschließlich auf ein bestimmtes Gebiet oder eine Bevölkerungsgruppe in der Region beschränkt, die der Teilnehmer besucht hat, wie z.B. Malaria.

Im Fall des Verlustes von Gliedmaßen, des Seh- oder Hörvermögens, der Sprache oder einer Kombination daraus, bietet die Krankenversicherung eine Leistung von bis zu US\$ 10.000, abhängig von der genauen Art des Verlustes und basierend auf dem in der Versicherungspolice festgelegten Zahlungsplan. Für genauere Informationen über Zahlungen für diese Schäden, sowie für Informationen bezüglich Koma, Lähmungen und Wohnraum-/ Fahrzeuganpassung wenden Sie sich bitte an das AFS Büro.

Lähmung: 100% der Zusatzleistung Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen werden erstattet im Falle einer vollständigen und irreversiblen Tetraplegie als Folge eines gedeckten Schadens, einschließlich Verletzung oder endemischer Erkrankung. 75% der Zusatzleistung werden bezahlt im Falle einer Paraplegie (totale und irreversible Lähmung der unteren Extremitäten) oder einer Hemiplegie (totale und irreversible Lähmung einer Körperhälfte). Werden aufgrund desselben Unfalls mehr als eine Zusatzleistung aus dem Bereich Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen oder beides, Zusatzleistungen aus dem Bereich Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen sowie aus dem Bereich. Dauernde Invalidität, fällig, so ist nur eine Leistung anwendbar, und zwar die, deren Höhe die größere ist.

Schwere Körperverletzung: Eine Zusatzleistung von US\$ 5.000 ist zahlbar für Schäden, die aufgrund eines gewaltsamen Verbrechens oder einer schweren Körperverletzung entstanden sind. Voraussetzung ist das Vorliegen eines Polizeiberichts, aus dem hervorgeht, dass es sich um ein absichtlich begangenes Verbrechen handelt. Das Verbrechen muss in der Region, in der es begangen wurde, als Straftat eingestuft sein, wie z.B. ein tatsächlicher oder begangener Diebstahl oder Raub. Der Leistungsanspruch erstreckt sich nicht auf Verbrechen, die von dem Teilnehmer, von Familienangehörigen oder Personen desselben Haushaltes verübt werden.

Wohnraum- und Fahrzeuganpassung: Eine Zusatzleistung von US\$ 5.000 ist zahlbar, wenn der Versicherte einen gedeckten Schaden außer Tod erleidet, der direkt aus einem gedeckten Unfall resultiert und Hilfsmittel oder Anpassungen des Wohnraums oder des Fahrzeuges erforderlich macht, um auch weiterhin das Führen eines selbständigen Lebens sicher zu stellen. Die Erfordernisse müssen innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt des gedeckten Unfalls auftreten und der Versicherte darf nicht schon zuvor auf diese Anpassungen angewiesen sein. Ausgaben müssen den unbedingt notwendigen Anpassungen direkt zugeordnet werden können.

Bitte beachten Sie, dass die Leistung Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen nicht jene Schäden deckt, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Leidens entstehen, außer es handelt sich dabei um eine endemische Erkrankung. Dazu gehören körperliche oder geistige Gebrechen, bakterielle oder virale Infektionen oder medizinische oder chirurgische Behandlungen. Ausgenommen sind bakterielle Infektionen, die aufgrund einer äußerlichen Verletzung oder Wunde bei einem Unfall oder durch unbeabsichtigte Einnahme von kontaminierten Lebensmitteln entstanden sind.

2. Zahnmedizinischer Notfall

Diese Leistung deckt Kosten bis zu einer Höhe von US\$ 500 zur unmittelbaren Schmerzlinderung. Der Leistungsanspruch besteht für 30 Tage nach dem Auftreten der gedeckten Erkrankung oder dem gedeckten Unfall. Leistungen können bis zu 26 Wochen nach dem Datum des Unfalls oder des Auftretens der Erkrankung erstattet werden.

Schmerzlinderung und Infektion von Zähnen sowie Schmerzlinderung und Infektionen des Zahnfleisches sind gedeckt. Die Leistung umfasst die Behandlung von Abszessen und noch nicht durchgebrochener (impaktierter) Weisheitszähne.

Die meisten Zahnersatzversorgungen wie Füllungen, Kronen oder Brücken sind nicht gedeckt, außer wenn die Behandlung zur direkten Schmerzlinderung durchgeführt werden muss. Routinemäßige Zahnersatzversorgungen und Amalgamfüllungen sind nicht gedeckt.

Leistungen, Material und Behandlungen, einschließlich jeglicher Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, die nicht empfohlen, bewilligt und als medizinisch notwendig eingestuft werden, sind nicht gedeckt. Behandlungen durch ein Familienmitglied sind nicht gedeckt, ebenso wenig Kosten, die nicht bezahlt würden, wenn die Deckung durch die Versicherung nicht vorhanden wäre (z.B. unnötige oder überhöhte Behandlungskosten).

Routinemäßige Zahnversorgung und Behandlungen sind nicht gedeckt. Beschädigung oder Verlust von kiefernorthopädischen Versorgungen sind nicht gedeckt. CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion) oder ähnliche Leiden sind nicht gedeckt.

Verletzungen von gesunden natürlichen Zähnen durch einen Unfall sind durch die Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS gedeckt im Rahmen der in der Versicherungspolice genannten Grenzen, wenn die Kosten als direkte Folge eines gedeckten Unfalls entstehen.

Eine genaue Auflistung aller Ausschlüsse, die für diese Zusatzleistung gelten, finden Sie am Ende dieser Broschüre.

3. Notfallreisekosten für Familienmitglieder

Diese Leistung deckt Kosten für Economy Reise und/ oder Unterkunft bis zu US\$ 5.000 für einen unmittelbaren Familienangehörigen, der anreist, um einen Teilnehmer zu besuchen, der aufgrund eines gedeckten Unfalls oder einer gedeckten Krankheit mindestens 24 Stunden stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde und dessen behandelnden Ärzte die Anwesenheit eines Familienangehörigen als förderlich für den Heilungsprozess ansehen.

Im Falle einer sehr schweren Erkrankung oder Verletzung, die Lebensgefahr für den Teilnehmer bedeutet, kann diese Zusatzleistung auf zwei Familienmitglieder ausgeweitet werden. Dies bedarf der Zustimmung des Anspruchsverwalters und ist auf maximal US\$ 5.000 begrenzt.

Als „unmittelbare Familienangehörige“ gelten Personen, die in einem der folgenden Verwandtschaftsverhältnisse zum Teilnehmer stehen: Ehepartner, Schwager, Schwägerin, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Schwiegermutter, Schwiegervater, Eltern (einschließlich Stiefeltern), Geschwister (einschließlich Stiefgeschwister) oder Kinder (einschließlich gesetzlich anerkannte Adoptivkinder oder Stiefkinder), Enkelkinder und Großeltern, einschließlich Stief-Großeltern.

Für die Erstattung der Kosten müssen alle Reisearrangements über den AFS Partner gemacht werden und vom Anspruchsverwaltern AON genehmigt werden.

4. Notfallbedingte Reiseunterbrechung

Diese Leistung rückerstattet die Kosten für Economy Flüge und/ oder Reisekosten auf dem Landweg bis zu einem Betrag von US\$ 5.000. Diese Leistung ist anwendbar, wenn ein Teilnehmer aufgrund des Todes oder einer lebensbedrohlichen Krankheit oder Verletzung eines unmittelbaren Familienangehörigen nach Hause zurückkehren muss. Krankheit oder Verletzung müssen von einem Arzt als lebensbedrohlich eingeschätzt worden sein. Die Krankheit oder Verletzung muss zu so schweren Beeinträchtigungen führen, dass eine Reiseunterbrechung vernünftigerweise notwendig ist.

Die Leistung deckt auch die Kosten für Economy Tickets für die Rückkehr des Teilnehmers zum AFS Programm, wie von AFS festgelegt. Die Gesamtkosten für Hin- und Rückreise werden nur bis zu einem Betrag von US\$ 5.000 erstattet.

Als „unmittelbare Familienangehörige“ gelten Personen, die in einem der folgenden Verwandtschaftsverhältnisse zum Teilnehmer stehen: Ehepartner, Schwager, Schwägerin, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Schwiegermutter, Schwiegervater, Eltern (einschließlich Stiefeltern), Geschwister (einschließlich Stiefgeschwister) oder Kinder (einschließlich gesetzlich anerkannte Adoptivkinder oder Stiefkinder), Enkelkinder, Großeltern und Stiefgroßeltern.

Diese Zusatzleistung ist auch anwendbar, wenn ein Teilnehmer erkrankt oder sich verletzt, medizinisch begleitet in eine medizinische Einrichtung transportiert wurde und von dort aus in das Heimatland zurückkehren muss.

Für die Erstattung der Kosten müssen alle Reisearrangements über den AFS Partner gemacht werden und vom Anspruchsverwaltern AON genehmigt werden. Bereits vorhandene Tickets müssen als erstes genutzt werden.

5. Anschlussheilkosten

Diese Leistung deckt berechnete medizinische Kosten bis zu einem Betrag von US\$ 100.000. Sie erstreckt sich auf Kosten, die innerhalb eines Jahres nach Rückkehr in das Heimatland als Folge von Verletzungen durch einen gedeckten Unfall oder als Folge einer Ansteckung mit einer endemischen Krankheit während des AFS Programms anfallen.

Die Behandlung muss sich auf einen Rückfall oder die Fortführung der Behandlung einer Verletzung oder einer endemischen Krankheit beziehen, die während des AFS Programms aufgetreten ist. Bricht sich bspw. ein Teilnehmer während des AFS Programms den Arm und unterzieht sich nach seiner Heimreise auf Anraten eines Arztes eines chirurgischen Eingriffs oder einer Behandlung. So können diese Kosten von dieser Zusatzleistung erstattet werden.

Kosten, die als Folge einer Krankheit während des AFS Programms entstehen, sind nicht gedeckt. Es sei denn, es handelt sich um eine endemische Krankheit. Als endemische Erkrankung gilt, wenn sie ausschließlich einem bestimmten Gebiet oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zugeordnet werden kann oder auf diese beschränkt ist, deren Region vom Teilnehmer besucht wurde; wie z.B. Malaria. Die erste Inanspruchnahme von Leistungen muss innerhalb von 90 Tagen nach Auftreten der gedeckten Erkrankung erfolgen. Alle diese verbundenen Leiden und wiederkehrende Symptome derselben oder ähnlicher Leiden werden als eine einzige gedeckte Erkrankung angesehen.

Zu den Kosten, die von der Zusatzleistung Anschlussheilkosten gedeckt werden, gehören:

- Forderungen eines Krankenhauses für Zimmer und Verpflegung, Krankenpflege und andere Dienste, einschließlich Forderungen für fachspezifische Leistungen, ausgenommen Leistungen nicht-medizinischer Art; jeweils unter der Voraussetzung, dass die Ausgaben nicht die durchschnittlichen Kosten für Mehrbettzimmer und Verpflegung übersteigen.
- Forderungen eines Arztes für Diagnose, Behandlung und Operation.
- Forderung für Anästhetika und ihre Anwendung.
- Forderungen für Medikamente, Röntgenuntersuchungen, Labortests und –untersuchungen, die Anwendung von Radium und radioaktiven Isotopen, Sauerstoff, Bluttransfusionen, Beatmungsgeräten und medizinische Behandlung.
- Forderungen für Physiotherapie, wenn dieser von einem Arzt zur Behandlung einer speziellen Behinderung verordnet und von einem zugelassenen Therapeuten durchgeführt wurde.
- Forderungen für die Unterbringung in einem Hotel unter Aufsicht eines qualifizierten Arztes, wenn der AFS Teilnehmer unter normalen Umständen in ein Krankenhaus eingewiesen worden wäre, aufgrund der Kapazität, der Entfernung oder aufgrund anderer Umstände, die sich dem Einfluss des Versicherten entziehen, aber keine Unterbringung im Krankenhaus möglich ist.
- Verbände, Medikamente und Arzneimittel, die nur auf Rezept eines Arztes oder eines Chirurgen erhältlich sind.

In manchen Fällen ist die Deckung durch die Zusatzleistung nicht so breit angelegt wie die der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS. Eine Verletzung, die z.B. durch einen/ im Alkoholrausch verursacht wurde, wäre in der Krankenversicherung für Teilnehmer von AFS gedeckt, Anschlussheilkosten dagegen wären in diesem Fall nicht gedeckt.

Der Leistungsumfang ist auf Schäden begrenzt, die während Aktivitäten im Rahmen des AFS-Programms auftreten. Ausgeschlossen sind Ansprüche, die nicht in direktem Zusammenhang mit AFS

Aktivitäten gesehen werden (z.B. geschäftliche Vorhaben, die nicht im Zusammenhang mit dem AFS-Programm oder Gastfamilienaktivitäten stehen).

Die Zusatzleistung Anschlussheilkosten gilt nur für Krankheiten, die von endemischen Erkrankungen herrühren. Sie ist nicht anwendbar auf andere Krankheiten und Infektionen, die nicht von bakteriellen Infektionen aufgrund einer Verletzung oder Wunde oder einer unbeabsichtigten Einnahme von kontaminierten Lebensmitteln herrühren.

Folgende Leiden sind von der Deckung ausgeschlossen: Behandlung von Hernien, Morbus Osgood-Schlatter (verursacht Knochenschmerzen bei Jugendlichen), Osteochondritis, Appendizitis, Osteomyelitis, Herzerkrankungen und -leiden, pathologische Frakturen, angeborene Schwäche, Netzhautablösung, außer wenn durch eine Verletzung verursacht, psychische oder neurologische Behandlungen, außer durch einen gedeckten Unfall verursacht. Kosten, die durch die Behandlung von temporomandibulärer oder craniomandibulärer Dysfunktion und damit verbundenen myofaszialen Schmerzen entstehen, sind nicht gedeckt.

Kosten, die durch Schwangerschaft, Geburt, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch entstehen, sind nicht gedeckt. Ebenso wenig wie plastische Chirurgie, ausgenommen, wenn Wiederherstellungschirurgie nach einer Verletzung notwendig wird. Selbstmord oder jede Art von Selbstmordversuch ist nicht gedeckt.

Die Leistung Anschlussheilkosten ist nicht anwendbar auf Verletzungen, die entstehen, während der Teilnehmer von Rechts wegen als betrunken gilt oder unter dem Einfluss von Rauschmitteln jeglicher Art steht, außer wenn diese auf Anraten und mit der Zustimmung eines Arztes verabreicht wurden.

Eine Auflistung weiterer Ausschlüsse für die Zusatzleistung Anschlussheilkosten finden Sie am Ende dieser Broschüre.

6. Dauernde Invalidität

Diese Leistung deckt Kosten bis zu einem Betrag von US\$ 100.000 bei dauernder und vollständiger Invalidität aufgrund eines Unfalls während des AFS Programms. Für bleibende Schäden aufgrund einer Erkrankung erfolgt keine Leistung, außer die Erkrankung ist Folge einer endemischen Krankheit. Als endemische Krankheit gilt, wenn sie ausschließlich einem bestimmten Gebiet oder einer bestimmte Bevölkerungsgruppe zugeordnet werden kann oder auf diese beschränkt ist, deren Region vom Teilnehmer besucht wurde; wie z.B. Malaria.

Dauernde vollständige Invalidität bedeutet, dass ein Teilnehmer aufgrund einer Verletzung durch einen gedeckten Unfall oder aufgrund einer während des AFS Programm zugezogenen endemischen Erkrankung, die normalen und üblichen Aktivitäten einer Person seines Alters und Geschlechts nicht nachgehen kann und aufgrund eines ärztlichen Attestes davon auszugehen ist, dass dieser Zustand bis zum Lebensende andauern wird. Dauernde, aber nicht vollständige Invalidität oder vollständige, aber nicht dauernde Invalidität sind nicht durch diese Leistung gedeckt.

Schäden, die auf mentale oder neurologische Leiden zurück zu führen sind, sind nicht gedeckt. Die Leistung Dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der endemischen Erkrankung, die die Schädigung verursacht hat, in Anspruch genommen werden.

Koma: Eine Leistung von bis zu US\$ 10.000 ist zahlbar, wenn der Versicherte innerhalb von 31 Tagen nach einem gedeckten Unfall ins Koma fällt und dieses Koma für 31 Tage andauert. Ein Koma, das von einer anderen als einer endemischen Erkrankung verursacht wird, ist nicht gedeckt. 1% der Leistungssumme ist monatlich für die Dauer von 11 Monaten zahlbar und danach als 12 Monate als Pauschalbetrag.

Genauerer Informationen zu anderen Ausschlüssen für diese Zusatzleistung Dauernde Invalidität finden Sie am Ende dieser Broschüre.

7. Psychologische Betreuung zur Trauer und Traumabewältigung

Diese Zusatzleistung deckt die Kosten von maximal 10 Sitzungen zu je US\$ 100. Die Sitzungen können vom Teilnehmer selbst und/ oder von einem oder mehreren unmittelbaren Familienangehörigen in Anspruch genommen werden, wenn diese aufgrund einer Schädigung durch einen gedeckten Unfall notwendig werden. Krankheit mit Ausnahme einer endemischen Erkrankung wird von dieser Zusatzleistung nicht gedeckt. Die Beratung muss unter der Obhut, der Aufsicht und auf Anweisung eines Arztes stattfinden. Die Kosten sind nur gedeckt, wenn ohne diese Zusatzleistung Kosten anfallen würden.

Die Kosten müssen innerhalb eines Jahres nach dem gedeckten Unfall oder der endemischen Erkrankung, die die Schädigung verursacht hat, anfallen.

Als „unmittelbare Familienangehörige“ gelten Personen, die in einem der folgenden Verwandtschaftsverhältnisse zum Teilnehmer stehen: Ehepartner, Schwager, Schwägerin, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Schwiegermutter, Schwiegervater, Eltern (einschließlich Stiefeltern), Geschwister (einschließlich Stiefgeschwister) oder Kinder (einschließlich gesetzlich anerkannte Adoptivkinder oder Stiefkinder), Enkelkinder und Großeltern, einschließlich Stief-Großeltern.

ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE FÜR ALLE ZUSATZLEISTUNGEN

(Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen, Zahnmedizinischer Notfall, Notfallreisekosten für Familienangehörige, Notfallbedingte Reiseunterbrechung, Anschlussheilkosten, Dauernde Invalidität und Psychologische Betreuung zur Trauer- und Traumabewältigung)

Diese Ausschlüsse gelten zusätzlich zu den in den jeweiligen Beschreibungen der oben genannten sieben Zusatzleistungen festgeschriebenen Ausschlüssen.

Zu beachten: Diese Ausschlüsse gelten unabhängig von den Ausschlüssen der Krankenversicherung und unterscheiden sich von diesen. Diese Ausschlüsse sind unter Abschnitt A dieser Broschüre beschrieben.

Diese Versicherung deckt kein Ereignis ab, das in seinem Ursprung oder seinem Ausmaß, direkt oder indirekt, mittelbar oder unmittelbar einer der folgenden Handlungen zugeordnet werden kann oder eine Folge einer dieser Handlungen ist:

Selbstmord, Selbstmordversuch in zurechnungsfähigem Zustand oder versuchte Selbstzerstörung in unzurechnungsfähigem Zustand.

Absichtliche Selbstverletzung (dieser Ausschluss bezieht sich nicht auf die Leistung Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen).

Kosten, die ohne Berücksichtigung der Schuldfrage von einer Autoversicherungspolice getragen werden (dieser Ausschluss bezieht sich nicht auf die Leistung Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen).

Verletzungen, die entstehen, während die versicherte Person von Rechts wegen als betrunken gilt oder unter dem Einfluss von Rauschmitteln jeglicher Art steht, außer wenn diese auf Anraten und mit der Zustimmung eines Arztes verabreicht wurden (dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistungen Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen).

Begehung eines Verbrechens oder der Versuch eines zu begehen.

Steuern eines Flugzeuges oder die Arbeit als Crewmitglied an Bord eines Flugzeuges.

Mitflug in einem Flugzeug, das im Rahmen einer der folgenden Aktivitäten im Einsatz ist: Stunts oder Flugakrobatik, Stuntshows/ -wettbewerbe, Belastungstests, Schädlingsbekämpfung, Luftwerbung mit Bannern, Überwachung, Hüten von Tierherden, Luftaufnahmen oder andere Zwecke, zu denen eine Sondergenehmigung notwendig ist; sowie Fliegen an Bord von Flugzeugen mit Raketenantrieb.

Militärdienst.

Krankheit außer endemische Erkrankungen, mit Ausnahme von bakteriellen Infektionen, die von einer äußerlichen Verletzung oder einer Wunde herrühren oder von der unabsichtlichen Einnahme kontaminierter Lebensmittel (dieser Ausschluss bezieht sich nicht auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Behandlungen, die durch eine von AFS angestellte Person oder von einem unmittelbaren Familien- oder Haushaltsangehörigen durchgeführt wurden.

Kosten, die von einer Arbeitnehmersversicherung gedeckt sind.

Kosten, die durch die Teilnahme einer auf Gewinn ausgerichteten Aktivität entstehen, die nicht im Zusammenhang mit dem AFS Programm steht.

Wahlfreie oder experimentelle chirurgische Eingriffe, Untersuchungen, Behandlungen oder Versorgungen, die in dem Land, in dem sie stattfinden, nicht anerkannt sind und unter die dort allgemeinen medizinischen Standards fallen. Schwangerschaft, Geburt, Fehlgeburt,

Schwangerschaftsabbruch, jegliche Komplikationen hierbei (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Psychische oder neurologische Erkrankungen (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Kosmetische Chirurgie, außer wenn zur Rekonstruktion nach einem Unfall erforderlich (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten und auf die Leistung Zahnmedizinischer Notfall).

Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Rollstühle, Zahnspangen; diesbezügliche Einrichtungen, Untersuchungen oder Verschreibungen oder die Reparatur oder der Ersatz von Orthesen (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Behandlung von Hernien, Morbus Osgood-Schlatter, Osteochondritis, Appendizitis, Osteomyelitis, Herzerkrankung oder –leiden, pathologische Frakturen, angeborene Schwäche, Netzhautablösung, außer wenn durch eine Verletzung verursacht, mentale Störung, psychologische oder psychiatrische Pflege oder Behandlung (abgesehen von den in der Police abgedeckten Fällen), gleich ob durch einen gedeckten Unfall verursacht oder nicht (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Temporomandibuläre oder kranio-mandibuläre Dysfunktion und damit verbundener myofaszialer Schmerz (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten und auf die Leistung Zahnmedizinischer Notfall).

Beschädigung von bereits bestehender kiefernorthopädischer Versorgung, Verlust oder Beschädigung von Brücken oder Zahnprothesen (dieser Ausschluss bezieht sich nur auf die Leistung Anschlussheilkosten).

Beschwerden, die nicht durch einen Unfall oder eine endemische Krankheit verursacht sind.

Behandlungen, die als medizinisch nicht notwendig eingestuft sind.

Kosten, die nicht bezahlt würden, wenn die Deckung durch die Versicherung nicht vorhanden wäre (z.B. unnötige oder überhöhte Behandlungskosten).

Behandlungen, Leistungen oder Versorgungen, die nicht durch die Police gedeckt sind: Krieg oder kriegerischer Akt, einschließlich Terrorismus, ist gedeckt, außer in den folgenden Ländern: USA, das Heimatland des Versicherten, sowie Afghanistan, Irak und Iran.

Für eine vollständige Beschreibung der Konditionen, die diese Zusatzleistungen regeln, ziehen Sie bitte den Vertragswortlaut heran. Diesen erhalten Sie vom nationalen AFS Büro.

Bitte beachten Sie, dass diese Broschüre eine kurze Zusammenfassung des Leistungsumfangs ist, den das AFS Krankenversicherungspaket bietet und keine Versicherungspolice. Sollte es widersprüchliche Angaben zwischen der Versicherungspolice und dieser Broschüre geben, so gilt der Inhalt der englischsprachigen Versicherungspolice.

Schadensanzeige im Rahmen des Pakets der Zusatzleistungen:

Schadensanträge sind über AFS Deutschland an AON Consulting in den Niederlanden zu richten. AON ist der Anspruchsverwalter für Chartis, die Versicherungsgesellschaft. AFS verwaltet keine Schadensanträge bezüglich dieser Zusatzleistungen.

Der Schadensforderung sind die Originalrechnungen, eine Beschreibung des Hergangs und/ oder eine Sterbeurkunde beizulegen. In einigen Fällen ist ein ärztliches Attest erforderlich, um den Schadensfall oder die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung zu bestätigen. Schadensforderungen müssen innerhalb von 90 Tagen nach Eintreten des Ereignisses bei AFS Deutschland und AON gemeldet werden:

AFS Interkulturelle Begegnungen e.V.

Friedensallee 48

22765 Hamburg

Telefon: +49 40 399 222 -0

FAX: +49 40 399 222-99

Email: germany@afs.org

Aon Consulting
Ronald Endermann
Admiraliteitskade 62
3063 ED Rotterdam
The Netherlands

E-Mail: afs@aon.nl

AFS Website: <http://www.aon.nl/AFS>

P.O. Box: Postbus 1005
3000 BA Rotterdam

Telefon: +31 10 448 82 38

FAX: +31 10 448 87 24

Bitte beachten Sie, dass Schadensfälle, die später als 90 Tage nach Auftreten des Schadensfalls angezeigt werden, nicht mehr anerkannt werden können.