

Broszura Medyczna

Informacje na temat Planu Medycznego Uczestnika oraz Świadczeń Dodatkowych zapewnianych uczestnikom AFS

Spis treści

I Wprowadzenie

II Czym jest wtórne ubezpieczenie zdrowotne?

III Definicje

IV Pokrycie kosztów leczenia

V Karty identyfikacji medycznej

VI Usługa wsparcia medycznego

VII Ewakuacja medyczna w nagłych wypadkach

VIII Koszty związane z repatriacją zwłok

IX Wyjątki od Planu Medycznego Uczestnika

X Zgłaszanie roszczeń z tytułu wydatków w ramach Planu Medycznego

XI Podsumowanie dodatkowych świadczeń - ubezpieczenie Berkeley

1. Ubezpieczenie od przypadkowej śmierci lub uszczerbku na zdrowiu
2. Awaryjne leczenie stomatologiczne
3. Świadczenie z tytułu wizyty członka rodziny w nagłych wypadkach
4. Świadczenie z tytułu przerwania podróży
5. Przedłużenie ubezpieczenia zdrowotnego
6. Ubezpieczenie od trwałej i całkowitej niepełnosprawności
7. Świadczenie z tytułu poradnictwa w zakresie żałoby i traumatycznych przeżyć

Broszura Medyczna AFS Podsumowanie Ochrony Ubezpieczeniowej - Plan Medyczny Uczestnika

Osoby objęte planem: Uczestnicy programów AFS ubezpieczeni w ramach Planu Medycznego Uczestnika zapewnionego przez AFS.

Obszar: na całym świecie, z wyjątkiem przypadków określonych poniżej.

Okres ochrony ubezpieczeniowej: Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej Polisy obowiązuje w trakcie trwania Programu. Rozpoczyna się w momencie Twojego przybycia na miejsce, z którego wylatujesz/wyjeżdżasz na Program, na przykład lotnisko lub miejsce spotkania orientacyjnego przed podróżą w Twoim kraju ojczystym.

Okres 48 godzin lub mniej przed międzynarodową podróżą, w trakcie którego spotykasz się ze swoją grupą AFS w Twoim kraju ojczystym w ramach orientacji, to tzw. okres przedwyjazdowy. W tym czasie, jesteś objęty ubezpieczeniem wyłącznie w zakresie wydatków związanych z przypadkowym uszczerbkiem na zdrowiu oraz ewakuacji w nagłych wypadkach. Jest to ubezpieczenie wtórne, co oznacza, że wchodzi w życie w przypadku braku innego mającego zastosowanie ubezpieczenia pokrywającego tego rodzaju wydatki zaistniałe w Twoim kraju ojczystym.

Okres przedwyjazdowy kończy się z chwilą wejścia na pokład samolotu lub innego środka transportu międzynarodowego. Uczestnictwo w Programie oznacza wykonywanie standardowych czynności przewidzianych dla uczestnika AFS.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu zakończenia programu AFS LUB w dniu, w którym zdecydujesz się rozwiązać Umowę uczestnictwa przed zakończeniem programu LUB po powrocie do kraju ojczystego, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

Ubezpieczenie medyczne: Wydatki medyczne na osobę objętą ubezpieczeniem na jedno zgłoszenie: do 500 000 USD

(Limit ubezpieczenia w Niemczech i we Włoszech wynosi 1 000 000 USD. W USA wynosi on 1 500 000 USD)

Ewakuacja medyczna w nagłych wypadkach do 1 000 000 USD

Repatriacja zwłok do 100 000 USD

Potrącenia i opłaty nieobjęte przez ubezpieczenie: Brak

Główne wyjątki od ubezpieczenia: Poniżej znajdują się trzy istotne wyjątki. Nie jest to pełna lista. Więcej informacji na temat mających zastosowanie wyjątków od ubezpieczenia znajdziesz w sekcji IX.

W przypadku wydatków medycznych niniejsza Polisa nie obejmuje roszczeń, strat, obrażeń, szkód (ani odpowiedzialności prawnej z nimi związanej) poniesionych bezpośrednio lub pośrednio przez Osobę Objętą Ubezpieczeniem w wyniku:

- Wcześniej istniejących schorzeń (zdefiniowanych na stronach 10 i 11 poniżej).
- Leczenia stomatologicznego, które nie jest awaryjnym leczeniem stomatologicznym w wyniku wypadku.
- Wszelkich usług lub zabiegów medycznych i chirurgicznych niebędących nagłymi przypadkami, planowanych zabiegów, rutynowych badań lekarskich, badań kontrolnych, inokulacji, szczepień, aparatów słuchowych, okularów korekcyjnych lub soczewek kontaktowych, kosztu leków związanych z chorobami przewlekłymi.

Składanie wniosków o zwrot kosztów leczenia:

W USA: GMMI880 SW 145th Avenue, Suite 400Pembroke Pines, Florida 33027 USA

e-mail: customerservice@gmmi.com

numer telefonu: 1.888.444.7773 (bezpłatny)

Poza USA: Skontaktuj się z Twoim Partnerem goszczącym AFS, aby uzyskać instrukcje dotyczące zwrotu kosztów. Prosimy nie wysyłać wniosków o zwrot kosztów leczenia bezpośrednio do firmy ubezpieczeniowej lub administratora roszczeń.

Numery alarmowe w nagłych przypadkach medycznych (Szczegółowe informacje znajdują się w kartach identyfikacji medycznej):

GMMI: W USA: 1.888.444.7773 (bezpłatny) Poza USA: +1.954.370.6468 (połączenie na koszt odbiorcy)

Prosimy o poinformowanie GMMI o każdej hospitalizacji na obszarze międzynarodowym trwającej dłużej niż 72 godziny.

I. Wprowadzenie

Koszty opieki zdrowotnej oraz ubezpieczenia różnią się znacznie w zależności od kraju. Dlatego AFS zapewnia kompleksowe ubezpieczenie zdrowotne, którym jest Plan Medyczny Uczestnika. Celem Planu jest zapewnienie niezwłocznej i dostosowanej do sytuacji opieki medycznej każdemu uczestnikowi AFS w dowolnym miejscu na świecie, kiedy tylko jest to konieczne. Jeśli Osoba Objęta Ubezpieczeniem niespodziewanie dozna urazu lub zachoruje podczas uczestnictwa w programie AFS, organizacja gwarantuje, że objęte ubezpieczeniem wydatki związane z opieką lekarską Osoby zostaną opłacone.

Plan Medyczny Uczestnika jest omówiony w Umowie Uczestnictwa, którą rodziny podpisują w ramach procedury naboru. Celem niniejszej broszury jest omówienie medycznych i innych wydatków, które są objęte warunkami Polisy i Umowy Uczestnictwa, a także określenie, jakiego rodzaju wydatków Polisa nie obejmuje.

W jaki sposób Umowa Uczestnictwa reguluje uprawnienia do udziału w Planie Medycznym Uczestnika

W przypadku wypowiedzenia Umowy Uczestnictwa przez AFS, Osoby Objęte Ubezpieczeniem nie będą już spełniać kryteriów ochrony w ramach Programu Medycznego dla Uczestnika. Szczegółową listę powodów wypowiedzenia można znaleźć w Umowie. Należy do nich naruszenie warunków Umowy, uznanie przez AFS, że sytuacja w kraju goszczącym nie pozwala na bezpieczną kontynuację programu, oraz decyzja Osoby Objętej Ubezpieczeniem lub rodziców Osoby o rozwiązaniu Umowy Uczestnictwa z jakiegokolwiek powodu przed zakończeniem programu.

Ponadto, AFS może według własnego uznania zdecydować o zakończeniu uczestnictwa Osoby Objętej Ubezpieczeniem w programie AFS, jeśli dokumentacja medyczna Osoby nie zostanie dostarczona AFS lub Ubezpieczycielom zgodnie z wymaganiami, i Osoba nie będzie już kwalifikować się do objęcia ubezpieczeniem w ramach Planu Medycznego Uczestnika.

Począwszy od daty rozwiązania Umowy, Osoba Objęta Ubezpieczeniem nie będzie już objęta ubezpieczeniem medycznym przewidzianym w Planie Medycznym Uczestnika AFS. Od tego dnia, będzie ponosić wyłączną odpowiedzialność za wszelkie wydatki związane z opieką lekarską i inne, w tym koszty podróży.

Celem polisy ubezpieczeniowej przygotowanej przez AFS jest zapewnienie wszystkim uczestnikom programów AFS ochrony ubezpieczeniowej. Polisa jest gwarantowana przez HDI Global Specialty SE.

II. Czym jest wtórne ubezpieczenie zdrowotne?

Idea "podstawowego" i "wtórnego" ubezpieczenia jest dobrze znana w sferze podróżnych ubezpieczeń medycznych. Plan Medyczny Uczestnika AFS działa jako ubezpieczenie dodatkowe - pokrywa wydatki związane z opieką lekarską tylko wtedy, gdy nie pokrywa ich polisa podstawowa, jak np. plan opieki zdrowotnej w kraju pochodzenia uczestnika lub prywatne ubezpieczenie, które posiada rodzina wysyłająca.

Proces "zwrotu wydatków" pomaga AFS kontrolować koszty planu opieki lekarskiej w podróży. O ile to możliwe, AFS będzie dążyć do tego, aby wszelkie dostępne ubezpieczenia podstawowe pokryły koszty poniesione przez AFS w związku z roszczeniami medycznymi. Kiedy nie ma ubezpieczenia podstawowego, Plan Medyczny Uczestnika funkcjonuje jako główne źródło finansowania kosztów leczenia. Dzięki temu, Plan Medyczny Uczestnika może pokryć wydatki w sytuacjach, gdy ubezpieczenie podstawowe jest niedostępne lub niewystarczające do zaadresowania konkretnego problemu medycznego.

III. Definicje

Co obejmuje Medyczny Plan Uczestnika

Kiedy odnosimy się do terminu "objęcie ubezpieczeniem", mamy na myśli umowę zawartą w celu pokrycia tego rodzaju wydatków dla uprawnionych uczestników:

- Wydatki medyczne
- Ewakuacja medyczna w nagłych wypadkach, w tym ambulans lotniczy
- Repatriacja zwłok

Każdy z tych rodzajów ubezpieczenia został wyjaśniony w sekcji niniejszej broszury.

Plan Medyczny Uczestnika, albo "Plan", odnosi się do polisy ubezpieczeniowej, którą AFS zapewnia w ramach swojego programu podróżnego ubezpieczenia medycznego.

Osobą Objętą Ubezpieczeniem jest uprawniony uczestnik programu AFS ubezpieczony w ramach Planu. Używamy tego pojęcia, aby terminologia stosowana w broszurze pokrywała się z tą użytą w polisie ubezpieczeniowej. Uprawnienie do objęcia ubezpieczeniem ustaje wraz z zakończeniem uczestnictwa w programie AFS, niezależnie od przyczyny.

Stratą objętą ubezpieczeniem jest wypadek lub choroba, które nie są wyłączone z Planu Medycznego Uczestnika. Straty poniesione po rozwiązaniu umowy uczestnictwa nie są objęte ubezpieczeniem. Mimo, że Plan Medyczny Uczestnika pokrywa szeroki zakres strat, nie obejmuje

on wszystkich ich rodzajów. W Sekcji IX można znaleźć kompletną listę wyjątków nieobjętych ubezpieczeniem.

Limity ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wypadku lub choroby

Zgodnie z Umową Uczestnictwa, Plan Medyczny Uczestnika zapewnia maksymalny limit pokrycia kosztów związanych z opieką medyczną Osobom Objętym Ubezpieczeniem podczas ich udziału w programie AFS, do wysokości wskazanej w Podsumowaniu Świadczeń z tytułu strat objętych ubezpieczeniem.

Jeśli Osoba Objęta Ubezpieczeniem ucierpi w związku z więcej niż jednym wypadkiem lub chorobą, nowy limit kosztów leczenia będzie miał zastosowanie do każdej straty. AFS nie zapewnia ochrony przekraczającej maksymalny limit dla pojedynczej straty objętej ubezpieczeniem.

Ponadto, Plan Medyczny Uczestnika zapewnia maksymalnie 1 000 000 USD dla pokrycia kosztów związanych z ewakuacją medyczną w nagłych wypadkach.

Istnieje również limit 100 000 USD dla pokrycia kosztów związanych z repatriacją.

Należy zauważyć, że Plan Medyczny Uczestnika nie wypłaci więcej niż 10 000 000 USD za wszystkie straty wynikające z jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, które może dotyczyć wielu Osób Objętych Ubezpieczeniem.

Potrącenia i opłaty nieobjęte przez ubezpieczenie

Osoby objęte ubezpieczeniem w ramach tego programu nie są zobowiązane do uiszczania żadnych potrąceń lub opłat.

Obszar obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej

Plan Medyczny Uczestnika zapewnia ochronę globalną dla Osoby Objętej Ubezpieczeniem, gdy ucierpi ona w związku z wypadkiem lub chorobą pokrytą ubezpieczeniem podczas udziału w Programie Wymiany AFS.

Plan nie obejmuje strat poniesionych w kraju ojczystym Osoby Objętej Ubezpieczeniem. Należy zauważyć, że istnieją specjalne ustalenia w sytuacji, gdy orientacja Osoby biorącej udział w programie AFS ma miejsce w kraju ojczystym Osoby bezpośrednio przed wyjazdem. Zostały one opisane w następnym sekcji.

Kiedy zaczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa

Ochrona rozpoczyna się w momencie, gdy Osoba Objęta Ubezpieczeniem przybywa na miejsce odlotu/wyjazdu na program AFS, na przykład lotnisko lub punkt orientacji przed wyjazdem.

Okres 48 godzin lub mniej przed międzynarodową podróżą, w trakcie którego Osoba spotyka się ze swoją grupą AFS w kraju ojczystym w ramach orientacji, to tzw. okres przedwyjazdowy. W tym czasie, Osoba objęta jest ubezpieczeniem w ramach Planu Medycznego Uczestnika pokrywającym koszty opieki medycznej w razie wypadku. Jest to ubezpieczenie wtórne, co oznacza, że ma zastosowanie w przypadku braku innego mającego zastosowanie ubezpieczenia pokrywającego tego rodzaju wydatki zaistniałe w kraju ojczystym Osoby.

Służby ratownicze oraz pomocy medycznej mogą zareagować w razie wypadku lub choroby objętych ubezpieczeniem. Jeśli Osoba znajduje się w swoim kraju ojczystym, ewakuacja w nagłych przypadkach oznacza zapewnienie Osobie odpowiedniej opieki medycznej. Jednakże, ubezpieczenie, które pokrywa koszty leczenia choroby w ramach Planu Medycznego Uczestnika zaczyna obowiązywać dopiero wtedy, gdy Osoba Objęta Ubezpieczeniem wchodzi na pokład samolotu lub innego środka transportu międzynarodowego do kraju goszczącego.

To oznacza, że jeśli Osoba zachoruje np. na zapalenie wyrostka lub grypę w okresie przedwyjazdowym, służby ratownicze oraz pomocy medycznej mogą zareagować, ale oczekuje się, że koszty związane z chorobą zostaną pokryte przez rodzinę uczestnika lub przez ubezpieczenie rodziny.

Okres przedwyjazdowy kończy się, gdy Osoba wejdzie na pokład samolotu lub innego środka transportu międzynarodowego. Tak długo, jak Osoba uczestniczy w Programie, jest ona w pełni ubezpieczona w ramach Planu Medycznego Uczestnika.