



Cigna Global Health Options

# Vertrags- Bedingungen

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und  
Definitionen in Bezug auf Ihren Plan

# INHALT

Bitte lesen Sie diese Vertragsbedingungen zusammen mit Ihrer Versicherungsbescheinigung und Ihrem Kundenleitfaden durch, denn sie sind alle Bestandteil Ihres Vertrages zwischen Ihnen und uns. Bei Bedarf können Sie sich von einem Experten beraten lassen, wenn Sie herausfinden möchten, ob dieser Versicherungsvertrag für Sie angemessen ist.

Die Bedeutung der in Kursivdruck geschriebenen Worte und Begriffe wird in Abschnitt 3 „Definitionen“ definiert.

**Bitte lesen Sie unten, wo Sie alle wichtigen Informationen über Ihre Cigna Global Health Options Versicherung finden.**

Rechtliche und aufsichtsrechtliche Informationen	Seite 3
Beschwerden	Seite 3
Kontakt	Seite 3
<b>Abschnitt I: Allgemeine Bedingungen</b>	<b>Seite 4</b>
1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung.....	4
2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes.....	5
3. Die Informationen, die Sie uns mitteilen.....	5
4. Kostenlose Probezeit.....	6
5. Prämien und andere Gebühren.....	6
6. Kündigung.....	7
7. Betrug.....	8
8. Versicherungsoptionen.....	9
9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil.....	9
10. Hinzufügen von Anspruchsberechtigten.....	10
II. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit.....	11
12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden.....	12
13. Vertragsverlängerung.....	12
14. Datenschutz.....	13
15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?.....	13
16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten.....	13
17. Sonstige Versicherungen.....	13
18. Vertragsanpassungen.....	13
19. Sanktionen.....	14
20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten.....	14
<b>Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien</b>	<b>Seite 16</b>
<b>Abschnitt 3: Definitionen</b>	<b>Seite 20</b>

## RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Für die Zwecke dieses *Vertrags*:

Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, die von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird, ist als Assekuradeur für die Cigna Global Insurance Company Limited tätig.

Die Versicherung wird bereitgestellt von:

**Cigna Global Insurance Company Limited**  
**PO Box 155, Mill Court,**  
**La Charroterie, St Peter Port,**  
**Guernsey GY1 4ET**  
**Channel Islands**

Cigna Global Insurance Company Limited ist in Guernsey von der Guernsey Financial Service Commission für Versicherungstätigkeiten zugelassen ist und wird von ihr reguliert.

Dieser *Vertrag* ersetzt keine staatliche Krankenversicherung. *Sie sollten sich angemessen beraten lassen, bevor Sie die Beitragszahlungen Ihrer staatlichen Krankenversicherung einstellen.*

## BESCHWERDEN

Alle Beschwerden sollten zuerst an *uns* an die Adresse geschickt werden, die im Abschnitt „Kontakt“ angegeben ist.

Wurde der Beschwerde nicht abgeholfen, kann sie an den Financial Ombudsman Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

**The Channel Islands Financial Ombudsman (CIFO)**  
**PO Box 114, Jersey, Kanalinseln**  
**JE4 9QG**

Telefon: **+44 (0)1534 748610**  
Fax: **+44 (0) 1534 747629**  
Email: **complaints@ci-fo.org**

Der „Financial Ombudsman Service“ kann bei den meisten (jedoch nicht allen) Beschwerden eine Entscheidung treffen. Sein Beschluss ist für *uns* bindend, kann jedoch von dem Beschwerdeführer abgelehnt werden, wobei seine gesetzlichen Rechte (einschließlich seines Rechts, die Beschwerde vor ein Gericht zu bringen) unberührt bleiben.

Soweit nicht anders vereinbart, gelten für diesen *Vertrag* die Gesetze von England und Wales und dieser ist in Übereinstimmung mit ihnen zu interpretieren.

Alle Streitigkeiten in Bezug auf diesen *Vertrag*, einschließlich Streitigkeiten in Bezug auf seine Gültigkeit, Gestaltung und Kündigung, werden ausschließlich durch die Gerichte von England und Wales entschieden.

## Kontakt

Um diesen *Vertrag* zu kündigen, senden Sie bitte ein E-Mail an: **cignaglobal\_customer.care@cigna.com**

Für Details lesen Sie bitte die Klausel 6.5 dieser *Vertragsbedingungen*. Sie müssen Ihre *Vertragsnummer*, Ihren vollständigen Namen und die im *Antragsformular* angegebene Adresse angeben.

Sie können *uns* auch an folgende Adresse schreiben:

**Cigna Global Health Options**  
**Customer Care Team**  
**1 Knowe Road, Greenock**  
**Scotland PA15 4RJ**

Bei Bedarf können Sie unser rund um die Uhr\* erreichbares Kundendienstteam anrufen unter: **+44 (0) 1475 788 182** oder innerhalb der USA unter **800 835 7677**.

\* Bei bestimmten Fragen kann unser Kundendienst Sie an unser internes Team von Spezialisten verweisen, die die während der Arbeitszeiten (Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr CET) zur Verfügung stehen.

# ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

## 1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung

### 1.1

Dieser Vertrag wird nur *Anspruchsberechtigten* angeboten, bei denen es sich um *im Ausland lebende Personen* handelt. Daher deckt dieser Vertrag die Kosten einer *Behandlung im Land der Staatsangehörigkeit des Anspruchsberechtigten* nur dann, wenn sich der *Anspruchsberechtigte* im *Land seiner Staatsangehörigkeit* vorübergehend aufhält. Diese Umstände dürfen insgesamt nicht mehr als einhundertachtzig (180) Tage pro *Versicherungsdauer* betragen, und das *Land der Staatsangehörigkeit* muss innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* liegen (siehe Abschnitt II für weitere Einzelheiten).

### 1.2

Vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen, Ausschlüsse dieses Vertrags (und der besonderen Ausschlüsse, die ggf. in Ihrer *Versicherungsbescheinigung* angegeben sind) übernimmt *Cigna Healthcare* die Kosten für medizinische und damit verbundene Ausgaben im Zusammenhang mit *aus medizinischer Sicht notwendiger Behandlung*, die von einem *Arzt* empfohlen und innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* für *Verletzungen* und *Krankheiten* erbracht wird. Die *Behandlung* muss während der *Versicherungsdauer* erfolgen, wobei *Selbstbeteiligungen*, *Eigenanteile* und *Deckungsgrenzen* gelten können. In einigen Fällen können *wir* nach *unserem* eigenem Ermessen gegen die Zahlung einer zusätzlichen Prämie auf einen Ausschluss verzichten. Dies wird zum *Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses* vereinbart.

### 1.3

Sie müssen zum *Zeitpunkt, in dem Sie diesen Vertrag abschließen*, mindestens *achtzehn (18) Jahre alt* sein.

### 1.4

Sie müssen uns alle erforderlichen Dokumente für die Kundenidentifizierung oder die *Know-Your-Customer-Dokumente* zur Verfügung

stellen (z. B. eine Kopie Ihres Reisepasses und eine maximal drei (3) alte Bestätigung Ihrer Adresse), die wir in Zusammenhang mit einem *Anspruchsberechtigten* anfordern können, um geltende Vorschriften zur Verhinderung der Geldwäsche zu erfüllen (einschließlich und nicht beschränkt auf alle Vorschriften der Finanzaufsichtsbehörde von Dubai [Dubai Financial Services Authority] und der Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen von Guernsey [Guernsey Financial Services Commission] oder deren Nachfolger):

#### 1.4.1

Solange *wir* die in Abschnitt 1.4 beschriebenen und angeforderten *Know-Your-Customer-Dokumente* nicht erhalten haben, werden *wir* keine *Behandlung* im Rahmen dieses Versicherungsschutzes genehmigen, keine *Zahlungsgarantie* ausstellen und keine *Erstattungsanträge* für *Behandlungskosten* eines *Anspruchsberechtigten* bearbeiten und

#### 1.4.2

Wenn *Sie uns* die angeforderten *Know-Your-Customer-Dokumente* nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* zur Verfügung stellen, erhalten *wir* das durch *uns* ausübbare Recht, diesen Versicherungsschutz mit sofortiger Wirkung oder mit einer längeren Kündigungsfrist, die *wir* nach eigenem Ermessen festlegen können, zu kündigen.

### 1.5

Sollte sich zwischen dem *Datum Ihres Antragsformulars* und dem *eigentlichen Startdatum Ihres Vertrags* eine Änderung ergeben und sollten sich die Informationen, die *Sie uns* in Ihrem *Antragsformular* übermittelt haben, während dieses *Zeitraums* ändern, müssen *Sie uns* dies mitteilen. *Im Falle einer wesentlichen Änderung Ihres uns mitgeteilten Gesundheitszustands vor dem eigentlichen Beginn des Vertrags* behalten *wir uns* das Recht vor, den Vertrag zu kündigen oder *zusätzliche Prämien oder Ausschlüsse* anzuwenden. Wenn *Sie* es versäumen, *uns* über etwaige Veränderungen

Ihres Gesundheitszustands während dieses *Zeitraums* zu informieren, können wir dies als eine Falscherklärung betrachten, die sich auf den Versicherungsschutz Ihres Vertrags oder auf die Zahlung von Schadenrückerstattungen auswirken kann.

## 1.6

Dieser Vertrag deckt keine Kosten für *Behandlungen*, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder nach Ende des Versicherungsschutzes erfolgen (selbst dann, wenn wir die *Behandlung* vor dem Ende des Versicherungsschutzes genehmigt haben).

## 2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

### 2.1

Bei diesem Vertrag handelt es sich um einen Jahresvertrag. Dies bedeutet, dass der Versicherungsschutz ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* genau ein (1) Jahr lang gültig ist, wenn er nicht vorzeitig gekündigt wird.

### 2.2

Falls dieser Vertrag vor dem normalen *Ablaufdatum* endet, werden alle Prämien, die innerhalb des *Zeitraums* nach dem Ende des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, anteilig zurückerstattet, solange keine Erstattungsanträge gestellt wurden oder noch eingereicht werden müssen und keine *Zahlungsgarantien* während der *Versicherungsdauer* ausgesprochen wurden.

Falls der Vertrag vor dem normalen *Ablaufdatum* endet und Sie haben Erstattungsanträge eingereicht oder *Behandlungen* erhalten, die noch nicht erstattet wurden, müssen Sie die restlichen noch nicht entrichteten Prämien für diese *Versicherung* zahlen.

### 2.3

Wenn Sie sterben, endet der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten*, es sei denn, ein *Anspruchsberechtigter* kontaktiert uns innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem im in der Sterbeurkunde angegebenen Datum. Wenn einer der *Anspruchsberechtigten* den Versicherungsschutz zu unseren *Vertragsbedingungen* fortsetzen und selbst der *Versicherungsnehmer* werden möchte,

muss er uns innerhalb von dreißig (30) Tagen darüber informieren und uns eine Kopie der Sterbeurkunde zusenden. Wenn ein *Anspruchsberechtigter* den Versicherungsschutz nicht als *Versicherungsnehmer* fortsetzen möchte, endet der Versicherungsschutz und wir übernehmen keine Kosten mehr für *Behandlungen* oder *Services*, die am oder nach dem Tag entstehen, an dem der Versicherungsschutz endet.

## 3. Die Informationen, die Sie uns mitteilen

Unsere Entscheidung über die Annahme dieses Vertrags und die festgelegten Bedingungen und Prämien beruhen auf den Informationen, die Sie uns mitgeteilt haben. Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen stellen, sorgfältig beantworten und sicherstellen, dass alle Informationen richtig und vollständig sind.

Sollten wir aus triftigen Gründen feststellen, dass Sie uns vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder irreführende Informationen mitgeteilt haben, könnte dies den Vertrag oder etwaige Schadenrückerstattungen negativ beeinflussen. Beispielsweise können wir:

- > diesen Vertrag als nicht existent ansehen und die Zahlung von Schadenrückerstattungen oder Prämienrückzahlungen verweigern. Wir werden diese Maßnahme nur ergreifen, wenn wir Ihnen einen Versicherungsschutz angeboten haben, den wir ansonsten nicht gewährt hätten;
- > die Bedingungen Ihrer Versicherung ändern. Wenn ein Schaden durch Ihre Fahrlässigkeit negativ beeinflusst wurde, können wir die geänderten Bedingungen rückwirkend anwenden, als wären sie bereits gültig gewesen, oder
- > den Vertrag gemäß 6.2 kündigen.

Wenn einer der oben angeführten Fälle eintritt, werden wir Sie schriftlich darüber informieren.

Sollten Sie erfahren, dass Informationen, die Sie uns mitgeteilt haben, inkorrekt sind, müssen Sie uns schnellstmöglich darüber informieren. Die

Möglichkeiten für die Kontaktaufnahme sind auf Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* angeführt.

#### 4. Kostenlose Probezeit

Sie können *Ihren* *Versicherungsvertrag* innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Datum, an dem Sie diesen *Vertrag* erhalten, widerrufen. Wenn Sie diesen *Vertrag* widerrufen möchten und *wir* noch keine Schadenrückerstattung geleistet oder *Ihnen* noch keine *Zahlung garantiert* haben, werden Sie eine volle Rückerstattung *Ihrer* Prämie erhalten. Falls *wir* jedoch einen Schadenrückerstattung bezahlt oder eine *Zahlungsgarantie* abgegeben haben, werden *wir* keine gezahlten Prämien zurückerstatten. Um diesen *Vertrag* zu widerrufen, kontaktieren Sie *uns* anhand einer der Möglichkeiten unter „Kontakt“ auf Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen*.

Wenn Sie nicht von *Ihrem* Recht Gebrauch machen, diesen *Vertrag* zu widerrufen, bleibt er gültig, und Sie sind verpflichtet, fällige Prämienzahlungen an *uns* zu leisten.

Bezüglich *Ihrer* Widerrufsrechte außerhalb der gesetzlichen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen verweisen *wir* auf Klausel 6 dieses *Vertrags*.

#### 5. Prämien und andere Gebühren

##### 5.1

In *Ihrer* *Versicherungsbescheinigung* werden die fälligen Prämien und alle anderen Gebühren (wie z. B. Steuern) ausgewiesen, und es wird angegeben, wann und wie sie bezahlt werden müssen.

Die Zahlungen müssen in der Währung und in der Weise erfolgen, die in *Ihrer* *Versicherungsbescheinigung* festgelegt sind.

##### 5.2

Wenn Sie oder ein Begünstigter nicht vorher die Genehmigung für die erforderliche stationäre und ambulante Behandlung einholen, reduzieren *wir* den Betrag, den *wir* für diese Behandlung zahlen werden, um zwanzig (20) Prozent.

Bei medizinischen Kosten in den USA: Wenn Sie oder ein Begünstigter sich für eine Behandlung

in einem Krankenhaus, einer Klinik, bei einem Arzt oder in einer Apotheke entscheiden, die nicht Teil des *Cigna Healthcare*-Netzwerks in den USA ist, reduzieren *wir* den Betrag, den *wir* für diese medizinischen Kosten zahlen, um zwanzig (20) Prozent. Eine Liste des *Cigna Healthcare*-Netzwerks mit *Krankenhäusern*, *Kliniken* und *Ärzten* ist in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich verfügbar.

Bitte beachten Sie, dass *wir* nach *unserem* alleinigen Ermessen und ohne Benachrichtigung von Zeit zu Zeit Änderungen am *Cigna Healthcare*-Netzwerk vornehmen können, indem *wir* *Krankenhäuser*, *Kliniken*, *Ärzte* und *Apotheken* hinzufügen und/oder entfernen.

##### 5.3

In den meisten Fällen zahlen *wir* Ihre medizinischen Kosten direkt an das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt. Wenn Sie oder ein Begünstigter das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt bezahlen müssen, sollten Sie *uns* nach jeder Behandlung so schnell wie möglich Ihre Rechnung und den Erstattungsantrag vorlegen. Wenn der Antrag und die Rechnung nicht innerhalb von zwölf (12) Monaten nach der Behandlung bei *uns* eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch *uns*.

Jeder Antrag unterliegt dem geltenden Selbstbehalt, den Kostenanteilen und Deckungsgrenzen, die in diesen Richtlinien, dem Kundenleitfaden und Ihrer *Versicherungsbescheinigung* festgelegt sind.

##### 5.4

Wenn Sie die Prämien oder die anderen Gebühren nicht bei Fälligkeit bezahlen, werden *wir* Sie per E-Mail unverzüglich informieren und *Ihren* *Vertrag* aussetzen, d. h. der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* wird ausgesetzt. Nach Durchführung der Zahlung wird der *Vertrag* wieder in Kraft gesetzt. *Wir* werden keine *Behandlung* genehmigen, solange der *Vertrag* ausgesetzt ist. Wenn eine Zahlung an *uns* aussteht, werden *wir* Erstattungsanträge erst begleichen, wenn der ausstehende Betrag bezahlt wurde.

Wenn nach dreißig (30) Tagen der Betrag immer noch aussteht, werden *wir Sie* anschreiben und darüber informieren, dass der *Vertrag* widerrufen wurde. Der Widerruf wird an dem Tag wirksam, an dem die erste ausstehende Zahlung fällig wurde.

Wenn *Sie* den ausstehenden Betrag innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Datum begleichen, an dem die erste Zahlung fällig wurde, werden *wir Ihnen* Versicherungsschutz ab diesem Datum wiederherstellen.

## 5.5

Vorbehaltlich der Klausel I3 werden *wir Sie* über die Prämie und alle anderen Gebühren informieren, die im nächsten *Versicherungszeitraum* anfallen.

Die Prämie und/oder die anderen Gebühren ändern sich in jedem *Versicherungszeitraum*.

## 6. Kündigung

### 6.1

Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen werden *wir diesen Vertrag* für alle *Anspruchsberechtigten* in den folgenden Fällen sofort kündigen:

#### 6.1.1

wenn eine Prämie oder andere Gebühren (einschließlich fälliger Steuern) nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Fälligkeitsdatum vollständig beglichen wurde/wurden. *Wir werden Sie schriftlich informieren, wenn wir den Vertrag aus diesen Gründen kündigen;*

#### 6.1.2

wenn es für *uns* rechtlich nicht mehr möglich ist, jeglichen Versicherungsschutz unter diesem *Vertrag* zu bieten oder *wir diesen Vertrag* in einer bestimmten Gerichtsbarkeit oder einem Hoheitsgebiet auf Weisung des zuständigen Gerichtsstands oder einer Aufsichtsbehörde kündigen müssen; oder

#### 6.1.3

wenn ein *Anspruchsberechtigter* auf einer Liste mit finanziellen Sanktionen gegen bestimmte Personen oder Organisationen steht, die vom Sicherheitsrat der Vereinten

Nationen, der Europäischen Union, dem Amerikanischen Office of Foreign Assets Control oder einer anderen gültigen Gerichtsbarkeit geführt wird. Des Weiteren erstatten *wir* keine Leistungen, die in sanktionierten Ländern erbracht wurden, falls eine solche Handlung gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen Office of Foreign Assets Control verstoßen würde; oder

### 6.1.4

Wenn *Sie uns* die erforderlichen Know-Your-Customer-Dokumente gemäß Klausel I.4 nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns* (oder innerhalb eines längeren *Zeitraums*, den *wir Ihnen* möglicherweise schriftlich mitgeteilt haben) zur Verfügung gestellt haben, wird die Kündigung gemäß dieser Klausel 6.1.4 sofort wirksam, allerdings werden *wir* alle von *Ihnen* bezahlten Beiträge zurückerstatten.

### 6.2

Vorbehaltlich Klausel 3 werden *wir diesen Vertrag* mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn *wir* nach *unserem* Ermessen aus triftigen Gründen feststellen, dass *Sie* bei der Antragstellung für diesen *Vertrag* oder bei der Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen des *Vertrags* vorsätzlich oder fahrlässig Informationen mitgeteilt haben, von denen *Sie* wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder ungenau sind, oder wenn *Sie* von *uns* angeforderte Informationen, einschließlich medizinischer Informationen, nicht übermittelt haben.

### 6.3

Vorbehaltlich der Klausel II können *wir diesen Vertrag* kündigen, wenn ein *Anspruchsberechtigter* aufgrund eines Umzugs in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* oder in das *Land seines gewöhnlichen Wohnsitzes* keine im *Ausland lebende Person* mehr ist.

### 6.4

Wenn *wir* in *Ihrem* geografischen Gebiet nicht mehr auf dem Markt sind, um *Versicherungsverträge* oder passende Alternativen anzubieten, werden *wir Sie* mindestens einen (I) Monat vor dem *Ablaufdatum*

darüber benachrichtigen, dass der Vertrag mit Wirkung zu diesem *Ablaufdatum* gekündigt wird (und daher nicht verlängert werden kann).

## 6.5

Falls Sie diesen Vertrag kündigen und den Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* beenden möchten, können Sie dies jederzeit tun, indem Sie *uns* dies mindestens vierzehn (14) Tage im Voraus schriftlich mitteilen. Die Kündigung Ihrer *Versicherungspolice* wird vierzehn (14) Tage nach dem Zeitpunkt wirksam, an dem Sie, *der/die Versicherungsnehmer/in, uns* über eine der im Abschnitt 'Wie Sie mit uns in Kontakt treten können' auf Seite 3 dieser Versicherungsvertraglichen Bestimmungen genannten Möglichkeiten benachrichtigt haben.

### 6.5.1

Wenn ein Vertrag gemäß Klausel 6.5 vor dem *Ablaufdatum* endet und *wir* während der *Versicherungsdauer* eine Schadenrückerstattung geleistet, eine *Behandlung* abgedeckt oder eine *Zahlungsgarantie* abgegeben haben, müssen Sie alle noch ausstehenden Prämien des Vertrags zahlen. Wenn Ihre Jahresprämie während des Versicherungsjahres in Raten eingezahlt wird, müssen Sie die Zahlungen für den restlichen *Versicherungszeitraum* durchführen oder den ausstehenden Betrag der Prämie begleichen.

## 6.6

Sofern Ihr Vertrag nicht gemäß Klausel 6.2 und/oder Klausel 7 beendet wurde, werden alle Prämien und Gebühren, die bereits für den Zeitraum nach der Beendigung eingezahlt wurden, erstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem *wir* Versicherungsschutz gewährt haben, sofern *wir* keine Erstattungsanträge bezahlt oder *Zahlungsgarantien* für die *Versicherungsdauer* abgegeben haben.

## 6.7

Falls die *Behandlung* genehmigt wurde, übernimmt *Cigna* keinerlei Haftung für *Behandlungskosten*, wenn die *Versicherung* endet oder ein *Anspruchsberechtigter* die *Versicherung* kündigt, bevor die *Behandlung* stattgefunden hat.

## 7. Betrug

### 7.1

Sollte ein *Anspruchsberechtigter* unter diesem Vertrag betrügerische Schadenrückerstattungen geltend machen, sind wir:

- i. nicht verpflichtet, Schadenrückerstattungen zu leisten;
- ii. berechtigt, vom *Anspruchsberechtigten* jede von *uns* in diesem Schadenfall gezahlte Summe zurückzufordern; und
- iii. berechtigt, den *Anspruchsberechtigten* darüber zu informieren, dass der Vertrag ab dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung beendet wurde.

### 7.2

Sollten *wir unser* Recht gemäß Klausel 7.1 (iii) geltend machen:

- i. haften *wir* dem *Anspruchsberechtigten* gegenüber nicht für maßgebliche Ereignisse, die nach der betrügerischen Handlung auftreten. Als maßgebliches Ereignis gilt jedes Ereignis, das *unsere* Haftung im Rahmen dieses Vertrags auslöst (z. B. Verluste, Einreichung eines Erstattungsantrags oder Benachrichtigung über einen potentiellen Schaden); und
- ii. sind *wir* nicht gehalten, gezahlte Prämien zurückerstatten.

### 7.3

Wenn dieser Vertrag anderen *Anspruchsberechtigten* außer Ihnen Versicherungsschutz bietet und unter diesem Vertrag im Namen eines anderen *Anspruchsberechtigten* als Ihnen ein betrügerischer Erstattungsantrag gestellt wird, können *wir* das in Klausel 7.1 festgelegte Recht geltend machen und dies als getrennten *Versicherungsvertrag* zwischen *uns* und dem entsprechenden *Anspruchsberechtigten* ansehen. Die Ausübung dieses Rechts berührt aber nicht den Versicherungsschutz, den der Vertrag für die anderen *Anspruchsberechtigten* vorsieht.



Die Klausel 7 beabsichtigt keinesfalls, die Position gemäß Insurance Act 2015 zu beeinflussen.

## 8. Versicherungsoptionen

### 8.1

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* keinen Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen*, für den Krankentransport und Crisis Assistance Plus™, für Gesundheit und Wohlbefinden oder für zahn- und augenärztliche *Behandlungen* besitzt, zahlen wir keine der *Behandlungen* oder andere Leistungen, die unter diesen Optionen verfügbar sind.

### 8.2

Die folgenden Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag können nicht während des Versicherungszeitraums beantragt werden, sondern nur bei der Erneuerung:

- > Änderung Ihres Versicherungsschutzes (z. B. Wechsel von der Silber- auf die Goldstufe oder Wechsel von der Platin- auf die Goldstufe für die Internationale Krankenversicherung)
- > Änderung des Selbstbeteiligung, des Eigenanteil oder die maximale Zuzahlung.

Um einen solchen Antrag zu stellen, müssen Sie uns dies mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich informieren. Bevor wir eine dieser Änderungen vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Fragebogen zur Krankengeschichte auszufüllen. Wenn wir dem Antrag zustimmen, können wir für den neuen Versicherungszeitraum neue Sondereinschränkungen oder Ausschlüsse in Ihren aktualisierten Vertrag aufnehmen. Sobald Sie die von uns angebotenen Bedingungen akzeptieren, werden diese Änderungen ab dem Datum Ihrer jährlichen Erneuerung wirksam.

Die folgenden Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag können während des Versicherungszeitraums beantragt werden und werden von uns geprüft:

- > Hinzufügung eines oder mehrerer optionaler Module mit demselben Deckungsumfang wie Ihr Hauptversicherungsschutz in der internationalen Krankenversicherung:

Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™, Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden oder Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz.

- > Ihren Versicherungsschutz zu ändern, indem Sie den Versicherungsschutz für die USA einschließen (d. h. von Weltweit ausschließlich USA zu Weltweit einschließlich USA).

Vor einer solchen Änderung Ihres Versicherungsschutzes während des laufenden Versicherungszeitraums können wir Sie bitten, einen neuen Fragebogen zur Krankengeschichte auszufüllen. Wenn wir dem Antrag zustimmen, können wir neue Sondereinschränkungen oder Ausschlüsse in Ihren aktualisierten Vertrag aufnehmen. Diese Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag beginnen frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren, und bleiben mindestens bis zu Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum in Kraft.

Alle anderen Änderungen an Ihrer Versicherungsvertrag in Bezug auf die Versicherungsoptionen werden von uns geprüft und unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung.

## 9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil

### 9.1

Wenn Sie bei Ihrer Internationalen Krankenversicherung und/oder beim Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* (wo zutreffend) eine Selbstbeteiligung gewählt haben, müssen Sie den Betrag der Selbstbeteiligung direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik*, den *Arzt* oder die *Apotheke* bezahlen. *Wir teilen Ihnen die Höhe dieses Betrags mit.*

*Wir* werden den Betrag für die Kosten Ihrer *Behandlung* bei jedem Erstattungsantrag, der im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung oder des Internationalen Versicherungsschutzes für *ambulante Behandlungen* (falls anwendbar) gestellt wird, bis zum Erreichen der für den *Versicherungszeitraum*

festgelegten Selbstbeteiligung um den Betrag der Selbstbeteiligung reduzieren.

## 9.2

Wenn Sie bei der Internationalen Krankenversicherung und/oder beim Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* (falls anwendbar) einen Eigenanteil ausgewählt haben, so ziehen wir den Prozentanteil des Eigenanteils von dem von uns zu zahlenden Betrag für die *Behandlungskosten* ab. Sie sind für die Zahlung des Eigenanteils direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik*, den *Arzt* oder die *Apotheke* verantwortlich. Die von Ihnen gezahlten Beträge unterliegen dem Kappeffekt der maximalen Zuzahlung.

## 9.3

Nur die Beträge, die Sie als Eigenanteil für die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* bezahlen, unterliegen dem Kappeffekt der maximalen Zuzahlung. Folgende Beträge gelten nicht für die maximale Zuzahlung:

- > alle Beträge, die Sie als Selbstbeteiligung zahlen;
- > Überschreitung der Deckungsgrenzen;
- > *Behandlungen*, die nicht durch die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* abgedeckt sind, oder
- > Strafen wegen der fehlenden Vorabgenehmigung oder wegen der Nutzung von nicht zum Netzwerk gehörenden Anbietern in den USA.

Alle Beträge, die Sie als Selbstbeteiligung, Eigenanteil und sofern zutreffend als maximale Zuzahlung bezahlen, werden für jeden *Anspruchsberechtigten*, für jede Versicherungsoption und für jeden *Versicherungszeitraum* einzeln berechnet.

## 9.4

Bei „Barleistungen stationärer Patienten“ oder „Pflegeleistungen für Neugeborene“ wird keine Selbstbeteiligung angewandt.

## 10. Hinzufügen von Anspruchsberechtigten

### 10.1

Wenn Sie während des Versicherungsjahres einen neuen *Anspruchsberechtigten* hinzufügen möchten, müssen Sie uns ein ausgefülltes *Antragsformular* für diese Person zusenden. Ob wir den neuen *Anspruchsberechtigten* akzeptieren, liegt in unserem alleinigen Ermessen. Wir werden Sie über alle besonderen Bedingungen oder Ausschlüsse und alle zusätzlichen Prämien informieren, die für den angebotenen Versicherungsschutz gelten. Der Versicherungsschutz für alle neuen *Anspruchsberechtigten* gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Ihre Annahme bestätigen. Wir übersenden Ihnen eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* als Bestätigung dafür, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

### 10.2

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* ein Kind zur Welt bringt, können Sie beantragen, dass das Neugeborene Ihrer bestehenden *Versicherung* als *Anspruchsberechtigter* hinzugefügt wird.

#### 10.2.1

Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen unter diesem *Vertrag* abgedeckt war, benötigen wir keine Informationen über den Gesundheitszustand des Neugeborenen und keine medizinischen Tests, sofern das *Antragsformular* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei uns eingeht. Wenn ein *Antrag* jedoch mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei uns eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.

#### 10.2.2

Wenn kein Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen von diesem *Vertrag* abgedeckt war, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. Dann können Sie einen *Antrag* zur Aufnahme des Neugeborenen in den *Vertrag* einreichen.

### 10.2.3

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* ein Kind durch eine Leihmutter oder eine Adoption bekommen, kann das Neugeborene *Ihrer* bestehenden *Versicherung* als *Anspruchsberechtigter* hinzugefügt werden, indem ein *Antrag* eingereicht wird. Das Neugeborene unterliegt einer medizinischen Risikoprüfung, wobei *wir* besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse vornehmen können.

### 10.3

Wenn das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden muss, teilen *wir Ihnen* dann mit, ob *wir* das Neugeborene versichern können, und informieren *Sie* gegebenenfalls über alle geltenden Sonderbedingungen und Ausschlüsse. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem Tag, an dem *Sie* die angebotenen Bedingungen akzeptieren.

*Wir* übersenden *Ihnen* eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* als Bestätigung dafür, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde. Weitere Details erhalten *Sie* unter „Pflegeleistungen für Neugeborene“ in *Ihrem* Kundenleitfaden.

## 11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit

### 11.1

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* das Land seines gewöhnlichen Aufenthalts wechselt, müssen *Sie* uns schnellstmöglich und in jedem Fall innerhalb von dreißig (30) Tagen informieren. *Wir* behalten uns das Recht vor, *Sie* von Zeit zu Zeit um weitere Informationen über Ihr Aufenthaltsland oder das Aufenthaltsland eines anderen *Anspruchsberechtigten* zu bitten. Bitte beachten *Sie*, dass eine Änderung *Ihres* Aufenthaltslandes oder des Aufenthaltslandes eines anderen *Anspruchsberechtigten* dazu führen kann, dass *Ihre* Prämie steigt oder zusätzliche Steuern anfallen, was bedeutet, dass *Sie* ggf. eine zusätzliche Beitragszahlung vornehmen müssen oder *Ihre* monatlichen oder vierteljährlichen Zahlungen erhöht werden. Falls die Prämie steigt, gewähren *wir Ihnen* das Recht,

den *Versicherungsvertrag* gemäß Klausel 6.5 zu kündigen, wobei die Klauseln 6.5.1, 6.6 und 6.7 Anwendung finden. Bitte beachten *Sie*, dass die *Versicherung* von einer anderen *Cigna Group Company* gestellt werden kann.

### 11.2

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* zurückkehrt, wird die *Behandlung*, die er erhalten kann, auf insgesamt hundertachtzig (180) Tage während der *Vertragslaufzeit* begrenzt werden.

#### 11.2.1

*Wir* behalten *uns* das Recht vor, alle Erstattungsanträge von *Anspruchsberechtigten* zu prüfen, die im Land ihrer Staatsangehörigkeit eingereicht werden, wenn *wir* wissen oder Grund zur Annahme haben, dass der *Anspruchsberechtigte* sich während des *Versicherungszeitraums* insgesamt länger als hundertachtzig (180) Tage im *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufhält oder dies beabsichtigt. In solchen Fällen können *wir* möglicherweise nicht länger davon ausgehen, dass es sich bei dem *Anspruchsberechtigten* um eine *im Ausland lebende Person* handelt, da diese für einen längeren Zeitraum in das Land ihrer Staatsangehörigkeit zurückgekehrt ist, und *wir* können die Zahlung von Schadenrückerstattungen oder *Zahlungsgarantie* verweigern.

### 11.3

*Wir* behalten *uns* das Recht vor, diesen *Vertrag* gemäß Klausel 6.3 zu kündigen.

### 11.4

Falls ein *Anspruchsberechtigter* keine *im Ausland lebende Person* mehr ist – sei es aufgrund einer Änderung der Staatsbürgerschaft oder einer Änderung des Landes des gewöhnlichen Aufenthalts – können *Sie*:

#### 11.4.1

den *Versicherungsvertrag* für den Rest des *Versicherungszeitraums* in Kraft lassen. *Sie* müssen *uns* bei der Verlängerung informieren, wenn *Sie* keine *im Ausland lebende Person* mehr sind, und *wir* werden prüfen, ob *wir Ihnen* eine alternative Krankenversicherung anbieten können, die von einem anderen

Unternehmen der Cigna-Gruppe angeboten wird; oder

#### 11.4.2

den *Versicherungsvertrag* durch eine schriftliche Mitteilung kündigen, sodass der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* endet. Alle Prämien, die für den Zeitraum nach der Beendigung gezahlt wurden, werden zurückerstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem *wir* Versicherungsschutz gewährt haben, und sofern *wir* im *Versicherungszeitraum* keine Erstattungsanträge bezahlt oder *Zahlungsgarantien* abgegeben haben.

## 12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden

Alle Mitteilungen und Benachrichtigungen im Zusammenhang mit diesem *Vertrag* senden *wir* elektronisch an die von *Ihnen* angegebene E-Mail-Adresse und stellen *Ihre Vertragsdokumente* in *Ihren* sicheren Online-Kundenbereich.

## 13. Vertragsverlängerung

### 13.1

Wenn *wir uns* für eine Verlängerung entscheiden, senden *wir Ihnen* mindestens einen (1) Kalendermonat vor dem *Ablaufdatum* eine Mitteilung, in der *wir Sie* einladen, den *Vertrag* zu den von *uns* angebotenen Bedingungen zu verlängern. *Wir werden Sie* über alle Änderungen des *Vertrags* und der Prämien für den nächsten *Versicherungszeitraum* benachrichtigen. Wenn lokale Gesetze und Vorschriften dies vorsehen, müssen *wir Ihnen* möglicherweise eine andere Krankenversicherung anbieten.

Vorbehaltlich der Klausel 7 darf eine Entscheidung von *Cigna Healthcare*, *Ihre Versicherung* nicht zu verlängern, nicht auf *Ihrer Krankengeschichte* oder auf einer Krankheit, einer *Verletzung* oder einer Erkrankung eines *Anspruchsberechtigten* beruhen.

### 13.2

Wenn *Sie* die Einladung zur Verlängerung annehmen, vergewissern *Sie sich* bitte, dass *Sie* die *Vertragsunterlagen* für den nächsten *Versicherungszeitraum* gelesen und verstanden

haben. *Ihr* Versicherungsschutz wird um weitere zwölf (12) Monate verlängert.

### 13.3

Wenn *Sie Ihren Versicherungsvertrag* nicht verlängern möchten, müssen *Sie uns* mindestens vierzehn (14) Tage vor dem *Ablaufdatum Ihres Vertrags* schriftlich darüber informieren.

#### 13.3.1

Wenn *Sie Ihren* Versicherungsschutz nicht verlängern, können alle durch den *Vertrag* versicherten *Anspruchsberechtigten* selbst einen Versicherungsschutz beantragen. *Wir* werden die *Antragsformulare* dieser *Anspruchsberechtigten* einzeln prüfen und sie informieren, ob und zu welchen Bedingungen *wir* bereit sind, ihnen einen Versicherungsschutz anzubieten.

### 13.4

Vorbehaltlich der Klausel 8.2, wenn *Sie* bei der Erneuerung Änderungen an *Ihren Versicherungsvertrag* vornehmen möchten, müssen *Sie uns* mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich darüber informieren. *Wir* können neue spezielle Einschränkungen, Ausschlüsse und/oder eine Anpassung der Prämie vornehmen. In diesem Fall würden *wir Ihnen* eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung zusenden.

### 13.5

Falls bei einem *Anspruchsberechtigten* besondere Ausschlusskriterien angewandt wurden, kann es Fälle geben, in denen *wir* bei einer späteren *jährlichen Verlängerung* prüfen können, ob *wir* dieses Ausschlusskriterium streichen möchten. In diesem Fall geben *wir* das Prüfungsdatum der Ausschlusskriterien auf der *Versicherungsbescheinigung* an. Zu diesem Zeitpunkt prüfen *wir* auch die zusätzliche Prämie (falls zutreffend), die *wir* angewandt haben, um eine Erkrankung zu versichern.

*Sie* müssen *uns* bei Erhalt der Verlängerungsmittteilung und mindestens vierzehn (14) Tage vor dem *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* kontaktieren, falls es ein Ausschlusskriterium gibt, dessen Überprüfung zu diesem Termin fällig wird.

Wir werden Sie dann über etwaige vorgenommene Veränderungen in Kenntnis setzen und gegebenenfalls eine abgeänderte *Versicherungsbescheinigung* ausstellen. Die Änderungen treten am Tage der *jährlichen Verlängerung* in Kraft. Wir garantieren nicht, dass Sonderausschlusskriterien oder zusätzliche Prämien bei einer Verlängerung gestrichen werden.

## 14. Datenschutz

### 14.1

Bei der Überprüfung *Ihres Antragsformulars* und bei der Umsetzung *Ihres Vertrags* und *Ihrer* Versicherung erfassen, verarbeiten wir bestimmte personenbezogene Daten über Sie und leiten diese weiter. Der Schutz *Ihrer* Privatsphäre hat für uns größte Wichtigkeit. Wir werden *Ihre* Informationen in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen, einschließlich der allgemeinen Datenschutzverordnung (EU 2016/679) das Datenschutzgesetz DIFC-Gesetz Nr. 5 von 2020 und aller anderen anwendbaren Gesetze und Richtlinien in Bezug auf den Schutz personenbezogener Daten aufbewahren. Weitere Informationen finden Sie in *unserer* Datenschutzerklärung, die wir ggf. von Zeit zu Zeit aktualisieren.

### 14.2

Cigna Healthcare wird den *Anspruchsberechtigten* zum Zweck der Schadensabwicklung um besondere Daten bitten, die sich auf seine oder ihre Krankheiten, *Vorerkrankungen*, gesundheitliche Verfassung und *Behandlungen* beziehen.

## 15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?

Nur wir und Sie verfügen über die gesetzlichen Rechte im Zusammenhang mit diesem *Vertrag*. Eine Person, die nicht Partei dieses *Vertrags* ist, hat gemäß Contract (Rights of Third Parties) Act 1999 kein Recht, eine Bestimmung dieses *Vertrags* durchzusetzen. Dies berührt jedoch nicht das Recht oder Rechtsmittel einer dritten Partei, die außerhalb dieses Gesetzes bestehen oder verfügbar sind.

## 16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* als Folge eines Unfalls oder einer vorsätzlichen Handlung, für die ein Dritter die Schuld trägt, eine *Behandlung* benötigt, werden wir (oder eine von uns ernannte Person oder ein Unternehmen) das Recht des *Anspruchsberechtigten* wahrnehmen, die Kosten für diese *Behandlung* vom schuldigen Dritten (oder dessen Versicherungsunternehmen) einzufordern. Wenn wir einen *Anspruchsberechtigten* dazu auffordern, muss er alle Schritte unternehmen, um den Betrag der von uns im Rahmen dieses *Vertrags* geforderten Leistung in jeden Anspruch gegen die schuldige Person (oder dessen Versicherungsunternehmen) einzubeziehen.

Der *Anspruchsberechtigte* muss alle Dokumente oder Unterlagen unterschrieben zustellen und alle anderen Maßnahmen ergreifen, die wir zur Sicherung *unserer* Rechte benötigen. Der *Anspruchsberechtigte* darf keine Maßnahmen ergreifen, die diese Rechte schädigen oder beeinträchtigen könnten. Wir können im Namen eines *Anspruchsberechtigten* zu *unserem* eigenen Nutzen jeden Erstattungsantrag übernehmen, verteidigen oder regulieren oder diesbezüglich rechtliche Schritte einleiten. Wir werden darüber entscheiden, wie das Verfahren oder der Vergleich durchgeführt werden sollen.

## 17. Sonstige Versicherungen

Falls auch eine andere *Versicherung* einen Versicherungsschutz bietet, verhandeln wir mit ihr darüber, wer welchen Anteil des Schadens bezahlt. Falls ein *Anspruchsberechtigter* bei einer anderen *Versicherung* versichert ist, behalten wir uns vor, nur einen Teil der *Behandlungskosten* bezahlen. Falls eine andere Person, Organisation oder ein öffentliches Programm für die Zahlung der Kosten für die *Behandlung* verantwortlich ist, können wir alle Kosten, die wir bezahlt haben, zurückfordern.

## 18. Vertragsanpassungen

### 18.1

Keine andere Person außer einem leitenden Mitarbeiter von Cigna Healthcare ist befugt, diesen *Vertrag* zu ändern oder Bedingungen

in *unserem* Namen zu streichen. So sind z. B. Außendienstmitarbeiter, Makler oder andere Vermittler nicht befugt, die Bedingungen dieses *Vertrags* zu ändern oder zu erweitern.

## 18.2

*Wir* behalten *uns* das Recht vor, Änderungen an diesem *Vertrag* vorzunehmen, wenn dies zur Einhaltung der entsprechenden Gesetze und Bestimmungen notwendig ist. In diesem Fall werden *wir Sie* anschreiben und über die Änderung informieren.

## 19. Sanktionen

Die globale Unternehmenspolitik von *Cigna Healthcare* sieht vor, die Regeln zu Wirtschaftssanktionen in Bezug auf natürliche und juristische Personen und Länder einzuhalten, die für ihre globalen Geschäftstätigkeiten gelten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die von den Vereinten Nationen, der Europäischen Kommission, den Vereinigten Staaten und Kanada auferlegten. Daher wird die *Cigna Healthcare* keine Krankenversicherung anbieten oder Leistungen an oder im Namen von Anspruchsberechtigten auszahlen, wenn dies gegen diese Sanktionsregeln verstoßen würde. Falls *Cigna Healthcare* erfährt, dass eine sanktionierte natürliche oder juristische Person im Rahmen der *Police* eingeschrieben ist oder ein *Anspruchsberechtigter* sanktioniert wird, ergreift *Cigna Healthcare* alle angemessenen Maßnahmen, die die Sperrung, Berichterstattung und Beendigung der Krankenversicherung umfassen können. *Cigna Healthcare* ist nicht verpflichtet, den Begünstigten vor der Durchführung dieser Maßnahmen zu benachrichtigen oder Lizenzen von einer Regierung zu erhalten, um die Verlängerung der Krankenversicherung in Übereinstimmung mit den Sanktionsgesetzen zu ermöglichen.

Darüber hinaus gelten Beschränkungen für Ansprüche, die in sanktionierten Ländern entstehen, in denen es keine relevante, genehmigte Lizenz vom U.S. Office of Foreign Assets Control gibt. Unter den Einschränkungen deckt *Cigna Healthcare* Folgendes nicht ab: (1) elektive oder vorab geplante Behandlung in sanktionierten Ländern oder (2) Anspruchsberechtigte, die als „gewöhnlich in einem sanktionierten Land ansässig“ gelten.

*Anspruchsberechtigte* gelten als gewöhnlich ansässig, wenn sie ein sanktioniertes Land über einen Zeitraum von mehr als 6 Wochen im Verlauf eines Zeitraums von 12 Monaten besuchen.

## 20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten

### 20.1

*Wir* decken die *medizinisch notwendige Behandlung* von Krankheiten ab, die auf eine Pandemie, Epidemie oder einen Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die *medizinisch notwendige Behandlung* und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden auf einer *stationären, teilstationären* und *ambulanten* Basis (wenn die Option „*Internationale ambulante Behandlung*“ ausgewählt wurde) gemäß den Leistungen des ausgewählten Tarifs und gemäß den Bedingungen der *Police* abgedeckt. Wenn verschriebene Medikamente aufgrund einer Pandemie, Epidemie oder eines Ausbruchs einer Infektionskrankheit am aktuellen Aufenthaltsort des Leistungsempfängers nicht zugänglich sind, übernehmen *wir* zusätzlich zu den Kosten für die verordneten Medikamente die Kosten für den Versand gemäß den Bedingungen der ambulanten Leistung für verordnete Medikamente und Verbandstoffe.

### 20.2

*Wir* übernehmen die Kosten für *medizinisch notwendige*, ambulant durchgeführte Tests bei einer Pandemie, Epidemie oder einem Ausbruch einer Infektionskrankheit in Übereinstimmung mit dem Versicherungsschutz bei der Diagnose anderer Krankheiten sowie den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

### 20.3

Wenn ein zugelassener Impfstoff an einem Ort durch die örtlichen Sozialversicherungsprogramme oder die Regierungsbehörde verfügbar wird, empfehlen *wir*, den Rat der örtlichen Regierung zu befolgen und das örtliche Gesundheitssystem oder Regierungsprogramm zu nutzen, sofern verfügbar.

Wenn die Impfung in einer zugelassenen privaten Einrichtung erfolgen muss und *Ihre*

ausgewählte *Versicherung* die Deckung für klinisch geeignete Impfstoffe umfasst, ist der Impfstoff ambulant gemäß den Bestimmungen der *Police* abgedeckt, sofern die entsprechenden lokalen Aufsichtsbehörden den Impfstoff in dem Land, in dem er verabreicht wird, als sicher und wirksam erachten.

*Wir* können die Verfügbarkeit eines Impfstoffs an keinem Ort garantieren, und *Cigna Healthcare* hat keine Kontrolle darüber, wie oder wann ein Impfstoff verteilt wird.

# ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN

Wir bieten keinen Versicherungsschutz und gewähren keine Erstattungen, wenn dies gegen geltendes Recht verstößt. Dazu gehören insbesondere Devisenkontrollen, lokale Lizenzierungsbestimmungen oder Handelsembargos.

In Übereinstimmung mit Ziffer 19, versichern wir keine Anspruchsberechtigten und zahlen keine Schadenrückerstattungen in Zuständigkeitsbereichen, wenn dies geltende Handelsbeschränkungen verletzen würde, beispielsweise Einschränkungen, die durch das United States Department of Treasury's Office of Foreign Assets Control, die Europäische Kommission oder das Sanktionskomitee des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen auferlegt werden.

Wir haften nicht für Verluste, Schäden, Erkrankungen und/oder Verletzungen, die das Ergebnis einer medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus oder durch einen Arzt sind, auch dann nicht, wenn wir die Behandlung als Leistung des Versicherungsschutzes genehmigt haben.

Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für die Internationale Krankenversicherung und für alle zusätzlichen Versicherungsoptionen. Wir verweisen auch auf die Liste der im Kundenleitfaden ausführlich aufgeführten Leistungen, einschließlich der Hinweise für weitere Einschränkungen oder Ausschlüsse, die in Verbindung mit diesen allgemeinen Ausschlusskriterien gelten. In Bezug auf möglicherweise geltende besondere Ausschlüsse verweisen wir auch auf Ihre Versicherungsbescheinigung.

## 1. Behandlungen durch:

- a) einen Arzt, der von den zuständigen Behörden in dem Land, in dem die Behandlung erbracht wird, nicht als Spezialist oder Experte für die Behandlung, Erkrankung, Krankheit oder Verletzung anerkannt ist;
- b) einen Arzt, einen Therapeuten, ein Krankenhaus, eine Klinik oder eine Einrichtung,

denen wir schriftlich mitgeteilt haben, dass wir sie nicht länger als einen Dienstleister für die Behandlung anerkennen. Details über Personen, Institutionen und Organisationen, denen wir eine entsprechende Mitteilung gegeben haben, können durch einen Anruf bei unserem Kundendienstteam eingeholt werden; oder

- c) einen Arzt, einen Therapeuten, ein Krankenhaus, eine Klinik oder Einrichtung, die unserer Meinung nach nicht ordnungsgemäß qualifiziert oder befugt sind, um die Behandlung zu erbringen, oder nicht für die Durchführung einer Behandlung zuständig sind.

## 2. Behandlung für:

- a) eine vorhandene Vorerkrankung oder
- b) eine Erkrankung oder Symptome, die sich aus einer Vorerkrankung ergeben oder mit ihr in Verbindung stehen.

Wir werden nicht für eine Behandlung einer bereits vorhandenen Vorerkrankung aufkommen, von der der Vertragsinhaber zum Datum des Versicherungsbeginns wusste (oder nach allgemeinem Ermessen hätte wissen müssen) und deren Abdeckung durch die Versicherung wir nicht ausdrücklich zugestimmt haben.

3. Präventive Behandlungen, einschließlich Gesundheitschecks und Impfungen (sofern diese Behandlung nicht unter einer der Optionen verfügbar ist, für die der Anspruchsberechtigte versichert ist).

Im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung gelten die Beschränkungen für präventive Operationen in Bezug auf angeborene Erkrankungen mit Ausnahme von Krebserkrankungen.

4. Behandlungen, die von einer Person durchgeführt werden, die unter derselben Anschrift wie der Anspruchsberechtigte lebt oder die mit dem Anspruchsberechtigten verwandt ist.



**5.** *Behandlungen*, die durch einen Konflikt oder eine Katastrophe bedingt sind, insbesondere aber nicht nur durch:

- a) nukleare oder chemische Kontamination;
- b) Krieg, Invasion, terroristische Handlungen, Rebellion (unabhängig davon, ob eine Kriegserklärung erfolgte oder nicht), Bürgerkrieg, Militärputsch oder andere Machtergreifung, Ausnahmezustand, Aufruhr oder die Handlung einer unrechtmäßig konstituierten Autorität;
- c) andere Konflikte oder Katastrophen;

sofern der *Anspruchsberechtigte*:

- i) sich selbst in Gefahr begeben hat, indem er in ein bekanntes Konfliktgebiet eingereist ist (entsprechend einer Feststellung der Regierung im *Land Ihrer Staatsangehörigkeit*, z. B. des britischen Außenministeriums);
- ii) aktiv am Konflikt teilgenommen hat oder
- iii) seine eigene Sicherheit eklatant missachtet hat.

**6.** Alle *Behandlungen* außerhalb Ihres *ausgewählten Versicherungsgebiets*, sofern die *Behandlungen* nicht die Bedingungen für *Notfallbehandlungen* außerhalb des Versicherungsgebiets erfüllen.

**7.** Reisekosten für die *Behandlungen* einschließlich aller Fahrtkosten für Taxis oder Busse, sofern nicht anderweitig vereinbart, und Ausgaben wie z. B. Kraftstoff oder Parkgebühren.

**8.** Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

**9.** *Behandlungen* in *Kliniken* für Naturheilkunde, Heilbädern, Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen, die keine *Krankenhäuser* oder *anerkannten Dienstleister* für medizinische *Behandlungen* sind. Insbesondere übernehmen wir nicht die Kosten für die Pflege (z.B. Unterbringung, Verpflegung und Lebenshaltungskosten) oder für jede andere Form der Behandlung in einem Heim oder einer Altenpflegeeinrichtung, selbst wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist und/oder von einem anerkannten Arzt durchgeführt wird.

**10.** Gebühren für Wohnaufenthalte in *Krankenhäusern*, die ganz oder teilweise aus

persönlichen Gründen arrangiert werden, oder wenn keine *Behandlung notwendig* ist oder wenn das *Krankenhaus* zum Wohnsitz oder dauerhaften Aufenthaltsort geworden ist.

**11.** Kosten für die Unterbringung in einem luxuriösen Zimmer oder einer VIP-Suite eines *Krankenhauses*.

**12.** Jede *Prothese* oder Apparatur, einschließlich Brillen (es sei denn, es wurde das Modul „Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz“ ausgewählt), die *aus medizinischer Sicht* nicht *notwendig* sind und/oder nicht unter *unsere* Definition für *Prothese* fallen.

**13.** Indirekte Kosten einschließlich Zeitungen, Telefongespräche, Mahlzeiten und Hotelunterbringung.

**14.** Kosten oder Gebühren für die Einreichung eines Erstattungsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.

**15.** Nichtmedizinische Einweisungen oder Krankenhausaufenthalte, einschließlich:

- a) eine *Behandlung*, die *teilstationär* oder *ambulant* erfolgen könnte;
- b) Konvaleszenz;
- c) Aufnahmen und Aufenthalte aus sozialen oder persönlichen Gründen; z. B. Waschen, Ankleiden und Baden.

**16.** Lebenserhaltende Maßnahmen (wie z. B. künstliche Beatmung) sofern für eine solche *Behandlung* keine begründete Aussicht auf eine Genesung des *Anspruchsberechtigten* oder die Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes des *Anspruchsberechtigten* besteht.

**17.** Sofern sie nicht aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen *notwendig* sind, unterliegen *Operationen* am Fötus, d. h. *Behandlungen* oder *Operationen* im Mutterleib vor der Geburt, den Einschränkungen im Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ Ihres Vertrags.

**18.** *Behandlungen* von und in Verbindung mit einer Raucherentwöhnung.

**19.** Behandlungen, die sich aus einem Selbstmordversuch ergeben oder in irgendeiner Weise mit einem Selbstmordversuch oder einer Verletzung oder Krankheit, die sich der Begünstigte selbst zugefügt hat, zusammenhängen. Wir übernehmen die Kosten für medizinisch notwendige psychiatrische und verhaltenstherapeutische Gesundheitsleistungen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Beratung und Therapie durch Fachärzte.

**20.** *Behandlung* von Persönlichkeits- und/oder Charakterstörungen wie unter anderem:

- a) Lernschwierigkeiten wie Legasthenie;
- b) physische Entwicklungsprobleme wie z. B. Kleinwüchsigkeit;
- c) affektive Persönlichkeitsstörungen;
- d) schizoiden Persönlichkeitsstörungen oder
- e) histrionische Persönlichkeitsstörungen.

**21.** Kiefergelenkserkrankungen.

**22.** *Behandlung* einer mit einer Abhängigkeitsstörung im Zusammenhang stehenden Erkrankung.

**23.** *Behandlung* einer durch den Konsum oder Missbrauch von Drogen oder Alkohol entstandenen Erkrankung.

**24.** *Behandlungen* für Männer oder Frauen in Bezug auf Empfängnisverhütung, insbesondere:

- a) chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
  - > Vasektomie, Sterilisation oder Implantate;
- b) nicht-chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
  - > Pille oder Kondome;
- c) Familienplanung, und zwar:
  - > Aufsuchen eines Arztes, um das Einleiten einer Schwangerschaft oder die Empfängnisverhütung zu besprechen.

**25.** *Behandlung* für einen absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben der *Anspruchsberechtigten* oder ihre psychische Stabilität gefährdet.

**26.** *Behandlung* von sexuellen Funktionsstörungen (wie z. B. Impotenz) oder anderen sexuellen Problemen, unabhängig von deren Ursache.

**27.** *Behandlungen*, von Refraktionsfehlern eines Auges oder beider Augen, insbesondere Laserbehandlungen, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie. Wir übernehmen die Kosten für *Behandlungen* zur Korrektur oder Wiederherstellung des Sehvermögens, sofern dies aufgrund einer Krankheit, einer Erkrankung oder einer *Verletzung* erforderlich ist (wie z. B. Katarakte oder eine abgelöste Netzhaut).

**28.** *Operationen* zur Geschlechtsumwandlung, einschließlich optionaler Verfahren und aller medizinischen oder psychologischen Beratungen vor oder nach einer solcher *Operation*, es sei denn, staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben eine solche Kostenübernahme vor. Wir decken *medizinisch notwendige* verhaltensbezogene Leistungen ab, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Beratung bei Geschlechterdysphorie und damit verbundenen psychiatrischen Erkrankungen (wie Angstzustände und Depressionen) sowie *medizinisch notwendige* Hormontherapie

**29.** *Behandlungen*, die aufgrund von oder in Verbindung mit einer *Verletzung* oder Krankheit *notwendig* werden, die der *Anspruchsberechtigte* als Ergebnis einer der nachstehenden Tätigkeiten erlitten hat:

- a) Teilnahme an einer Sportveranstaltung auf professioneller Basis;
- b) einer Teilnahme an einer gefährlichen sportlichen Aktivität oder einem gefährlichen Hobby, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Wintersportarten abseits der Pisten (einschließlich Skifahren, Skitouren, Snowboarden, Heli-Ski oder Heliboarding), Base- oder Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Klippenspringen, Bergsteigen oder Klettern, Freeclimbing (ohne Gurt oder Seil), Höhlenwandern, Berg- oder Geländelauf, Motorsport, Pferdesport (z.B. Pferderennen, Springreiten oder Polo), Jagd, Bullenreiten oder Bullenrennen, Parkour, Kraftdreikampf, Surfen oder Kitesurfen, Wildwasser-Rafting;
- c) Solosporttauchen oder
- d) Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als dreißig (30) Metern, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht entsprechend qualifiziert ist (PADI-Qualifikation oder

gleichwertig), um in dieser Tiefe einen Tauchgang durchzuführen.

**Anmerkungen:** Wintersportarten auf markierten Wegen (Piste) gelten nicht als gefährliche sportliche Aktivitäten. Medizinisch notwendige Behandlungen würden aufgrund einer Verletzung nicht ausgeschlossen, solange Wintersportaktivitäten auf der Piste nicht auf Wettkampfniveau oder professionellem Niveau ausgeübt werden.

**30.** *Behandlungen*, die (*unserer* Meinung nach) experimenteller Natur oder nicht konventionell sind oder deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde. Dies beinhaltet unter anderem:

- a) *Behandlungen* im Rahmen klinischer Studien;
- b) *Behandlungen* ohne die Genehmigung durch die zuständige Gesundheitsbehörde des Landes, in dem sie durchgeführt werden, oder
- c) Medikamente oder Arzneimittel für einen Zweck, der in dem Land, in dem sie verschrieben werden, nicht lizenziert oder genehmigt wurde.

**31.** Jede Form von kosmetischer oder rekonstruktiver *Behandlung* und deren Komplikationen, deren Zweck es ist, das Erscheinungsbild auch aus psychologischen Gründen zu ändern oder zu verbessern, es sei denn, die *Behandlung* ist *aus medizinischer Sicht notwendig* und eine direkte Folge einer Erkrankung oder einer *Verletzung* des *Anspruchsberechtigten* oder das Ergebnis eines *chirurgischen* Eingriffs.

**32.** *Behandlungen*, die auf irgendeine Weise durch eine rechtswidrige Handlung eines *Anspruchsberechtigten* verursacht wurden oder deswegen notwendig sind.

**33.** Kosten für:

- a) Schlankheitsmedikamente und Abnehmhilfen sind nicht abgedeckt, auch wenn sie von einem Arzt zur Gewichtskontrolle verschrieben oder als therapeutisch wirksam anerkannt sind.
- b) Nahrungsergänzungsmittel (wie Säuglingsnahrung und kosmetische Produkte) oder natürlich verfügbare Stoffe wie Vitamine,

Mineralstoffe und organische Stoffe, die frei verkäuflich oder über ein Rezept beschafft werden.

Wir übernehmen jedoch einige Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine im Falle der medizinischen Notwendigkeit zur Behandlung von diagnostizierten Vitamin-Mangel-Syndromen wie Eisenmangel, Blutarmut oder Folsäure während der Schwangerschaft.

# ABSCHNITT 3: DEFINITIONEN

Nachfolgend wird die Bedeutung der verwendeten Worte und Begriffe definiert. Wenn die Worte und Begriffe mit diesen Bedeutungen verwendet werden, erscheinen sie in diesen *Vertragsbedingungen*, im Kundenleitfaden und in der Liste der Leistungen in Kursivdruck.

Soweit nicht anders angegeben, beinhaltet der Singular den Plural, und die männliche Form beinhaltet die weibliche Form und umgekehrt.

**Ablaufdatum** – das Datum, zu dem der im Rahmen dieses *Vertrags* angebotene Versicherungsschutz entsprechend den Angaben auf der *Versicherungsbescheinigung* endet.

**Ambulanter Patient** – ein Patient, der ein *Krankenhaus*, ein Behandlungszimmer oder eine *ambulante Klinik* für die *Behandlung* aufsucht und nicht *teilstationär* oder stationär aufgenommen wird.

**Angemessene Altersabstände** – Altersplan für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von siebzehn Jahren entsprechend der Definition der **American Academy of Pediatrics (AAP)**.

**Anspruchsberechtigte, Anspruchsberechtigter** – jede Person, die auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* als durch diesen *Vertrag* versichert aufgeführt ist, einschließlich neugeborener Kinder.

**Antragsformular** – *Antragsformular* des *Versicherungsnehmers* (unabhängig davon, ob es direkt bei *uns* oder über einen Versicherungsvertreter, online oder über *unsere* Telefonverkäufer abgegeben wurde) sowie sämtliche Erklärungen, die der *Versicherungsnehmer* bei der Anmeldung über sich oder alle in diesem *Antragsformular* aufgeführten *Anspruchsberechtigten* abgibt.

**Arzneimittelliste** – eine Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, die für alle Apothekenansprüche in den *USA* gilt. Diese Liste wird von *Cigna Healthcare* mit Unterstützung unserer Apotheken- und Therapeutikgremiums entwickelt und zweimal jährlich aktualisiert. Alle Medikamente, die in *unserer* *Arzneimittelliste* enthalten sind, sind von der US-amerikanischen Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA) zugelassen. Frei verkäufliche (Over-the-

counter, OTC) (nicht verschreibungspflichtige) Medikamente, mit Ausnahme von Insulin, sind von *unserer* *Arzneimittelliste* ausgeschlossen, es sei denn, staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben die Abdeckung solcher Medikamente vor. *Wir* werden *Sie* über jede Änderung informieren, die sich auf die Abdeckung eines Medikaments auswirkt, das *Sie* zum Zeitpunkt der Aktualisierung einnehmen.

**Arzt** – eine medizinische Fachkraft, die gemäß den Gesetzen des Landes, Staates oder des regulierten Gebietes in dem Land, in dem die *Behandlung* vorgenommen wird, registriert ist und die Zulassung für die Ausübung des *Arztberufs* besitzt.

**Aufenthaltsland, Land des gewöhnlichen Aufenthalts, gewöhnliches Aufenthaltsland** – das Land, in dem ein *Anspruchsberechtigter* entsprechend den Angaben in *Ihrem* *Antragsformular* üblicherweise wohnhaft ist.

**Ausgewähltes Versicherungsgebiet** – bedeutet entweder:

- > Weltweit einschließlich der *USA* oder
- > Weltweit ohne *USA*.

**Aus medizinischer Sicht notwendig/medizinische Notwendigkeit** – durch die *Versicherung* abgedeckte und *aus medizinischer Sicht* notwendige Leistungen und Hilfsmittel, von denen das Ärzteteam bestimmt, dass sie:

- > erforderlich sind, um eine Krankheit, *Verletzung*, Erkrankung oder deren Symptome zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- > konventionell sind und den allgemein anerkannten medizinischen Verfahrensstandards entsprechen;
- > in Bezug auf die Art, Häufigkeit, das Ausmaß, den Ort und die Dauer klinisch angemessen sind;
- > nicht hauptsächlich als Annehmlichkeit für einen *Anspruchsberechtigten*, einen *Arzt* oder ein

anderes Krankenhaus, eine Klinik oder eine medizinische Fachkraft erbracht werden und

- > mit einem möglichst geringen Aufwand erbracht werden, der für die Leistungen und Hilfsmittel angemessen ist.

Gegebenenfalls kann das Ärzteteam die Kosteneffektivität alternativer Dienste, Einstellungen oder Hilfsmittel vergleichen, wenn bestimmt werden soll, wofür der geringste Aufwand erforderlich ist.

**Behandlung** – jede chirurgische oder medizinische *Behandlung*, die durch einen Arzt überwacht wird und *aus medizinischer Sicht notwendig* ist, um eine Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung* zu diagnostizieren, zu heilen oder maßgeblich zu lindern.

**Besondere Datenkategorien** – personenbezogene Daten, die die rassische oder ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen oder Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische Daten, biometrische Daten zum Zwecke der eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Daten zur Gesundheit und Daten über das Sexualleben oder die sexuelle Ausrichtung einer Person enthalten.

**Chirurgische Eingriffe** – ein Vorgang in der Medizin, bei dem Krankheiten, *Verletzungen* und Missbildungen durch operative Methoden *behandelt* werden, die einen Eingriff in den Körper erfordern.

**Cigna Healthcare, wir, uns, unser, der Versicherer** – Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* enthält Einzelheiten zum Cigna Healthcare Unternehmen, das für *Ihren Vertrag* zuständig ist.

**Ehepartner** – der gesetzliche Ehemann oder die gesetzliche Ehefrau, oder der unverheiratete oder eingetragene Lebenspartner des *Anspruchsberechtigten*, den *wir* für den Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* akzeptiert haben.

**Erbkrankheit(en)** – jede Anomalie, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit, oder *Verletzung*, die seit der Geburt vorliegt, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurde oder nicht.

**Evidenzbasierte Behandlung** – eine *Behandlung*, die erforscht, geprüft und anerkannt wurde durch:

- > das National Institute for Health and Clinical Excellence (Nationales Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz); oder
- > Internationale klinische Leitlinien.

**Im Ausland lebende Person** – ein *Anspruchsberechtigter*, der außerhalb des Landes seiner Staatsangehörigkeit lebt.

**Jährlicher Verlängerungszeitpunkt** – der Jahrestag des *Datums des Versicherungsbeginns*.

**Klinik(en)** – eine Einrichtung zur Gesundheitsfürsorge, die in dem Land, in dem sie sich befindet, insbesondere für die *ambulante Behandlung* von Patienten registriert oder lizenziert ist und in der die Versorgung oder Überwachung durch einen Arzt erfolgt.

**Kosmetisch** – Dienstleistungen, Verfahren oder Gegenstände, die vornehmlich für ästhetische Zwecke bereitgestellt werden und die nicht erforderlich sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

**Krankenhaus** – jede Einrichtung oder Institution, die als ein medizinisches oder chirurgisches *Krankenhaus* in dem Land registriert ist, in dem es sich befindet und in dem der *Anspruchsberechtigte* von einem Arzt oder einer *qualifizierten Pflegekraft* stationär gepflegt und überwacht wird.

**Land der Staatsangehörigkeit** – jedes Land, dessen Bürger, Staatsbürger oder Untertan ein *Anspruchsberechtigter* entsprechend den Angaben in *Ihrem Antragsformular* ist.

**Medizinische Fachkraft** – ein *Arzt* oder *Facharzt*, der nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, als *Arzt* registriert oder lizenziert ist und der nicht von dieser *Versicherung* abgedeckt ist oder mit einer Person verwandt ist, die durch diesen *Vertrag* versichert ist.

**Medizinischer Assistenzdienst** – ein Dienst, der medizinische Beratung, Krankentransport, Unterstützung und Rückführung in

Übereinstimmung mit den Internationalen klinischen Richtlinien anbietet. Dieser Dienst kann mehrsprachig sein und steht rund um die Uhr zur Verfügung.

**Notfallbehandlung** – *Behandlung*, die aus *medizinischer Sicht* notwendig ist, um die unmittelbaren und erheblichen Auswirkungen von Krankheiten, *Verletzungen* oder Erkrankungen zu vermeiden, die, wenn sie nicht *behandelt* werden, zu einer erheblichen Verschlechterung der Gesundheit führen können. Die *medizinische Behandlung* durch einen *Arzt* oder eine *medizinische Fachkraft* und eine stationäre Aufnahme sind nur versichert, wenn sie innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis beginnen.

**Personenbezogene Daten** – jegliche Daten zu einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person.

**Prothese(n)** – künstliche Gliedmaßen oder Hilfsmittel, die zum Zweck oder in Verbindung mit einer *Operation* notwendig sind oder die für die *Behandlung* unmittelbar nach einer *Operation* notwendig sind, sofern dies aus *medizinischer Sicht* oder als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig *notwendig* ist.

**Qualifizierte Pflegekraft** – eine Pflegekraft, die nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, registriert oder lizenziert ist.

**Rehabilitation** – Physio-, Sprach- oder Ergotherapie im Rahmen einer *Behandlung*, die auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des *Anspruchsberechtigten* nach einem Vorfall ausgerichtet ist.

**Sie, Ihr, Ihrer, Ihres, Ihre, Ihrem** – der *Versicherungsnehmer*.

**Stationärer Patient** – ein Patient, der in ein *Krankenhaus* aufgenommen wird und der über Nacht oder über einen längeren Zeitraum aus medizinischen Gründen ein Bett belegt.

**Teilstationärer Patient** – ein Patient, der in ein *Krankenhaus* oder eine Tagesklinik oder eine andere medizinische Einrichtung aufgenommen

wird, um *behandelt* zu werden oder weil er eine Zeit der medizinisch überwachten Genesung benötigt, der aber kein Bett für die Übernachtung in Anspruch nimmt. Dies umfasst auch chirurgische Verfahren, die in der Praxis des Arztes durchgeführt werden.

**Therapeut** – ein Logopäde, Ernährungsberater oder Orthopäde, der entsprechend qualifiziert ist und in dem Land, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, über die erforderliche Lizenz verfügt, in dem Land zu praktizieren.

**Ursprünglicher Versicherungsbeginn** – der erste Tag, an dem der Versicherungsschutz des *Anspruchsberechtigten* im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung beginnt.

**USA** – die Vereinigten Staaten von Amerika und US-Territorien.

**Verletzung** – eine körperliche *Verletzung*.

**Versicherungsbeginn** – das Datum, an dem der Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* entsprechend den Angaben in der *Versicherungsbescheinigung* beginnt.

**Versicherungsbescheinigung** – die *Bescheinigung*, die für den *Versicherungsnehmer* ausgestellt wird. Sie enthält die Versicherungsnummer, die jährliche Prämie, das *Datum des Versicherungsbeginns*, die Höhe der Selbstbeteiligung (falls gewählt), die Höhe des Eigenanteils (falls gewählt), die maximale Zuzahlung (falls gewählt), Details zu den versicherten Personen sowie alle besonderen Ausschlusskriterien oder gegen eine Sonderzahlung aufgehobenen Ausschlusskriterien, zum Versicherungsplan und zu den gewählten Optionen (sofern zutreffend).

**Versicherungsnehmer** – die Person, die mindestens achtzehn (18) Jahre alt ist und bei *uns* ein *Antragsformular* eingereicht hat, das von *uns* schriftlich angenommen wurde, und die die Prämie für diesen *Versicherungsvertrag* zahlt.

**Versicherungszeitraum** – ein Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten, in denen die *Anspruchsberechtigten* entsprechend den Angaben auf der *Versicherungsbescheinigung* durch diesen *Vertrag* versichert sind, und zwar

ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* bis zum *Ablaufdatum* oder früher, falls die *Versicherung* in Übereinstimmung mit den *Vertragsbedingungen* gekündigt wird.

**Vertragsbedingungen** – die Bedingungen, allgemeinen Ausschlüsse und definierten Worte und Begriffe, auf denen dieser *Vertrag* beruht.

**Vertragsdokumente** – die Unterlagen in Verbindung mit der *Versicherung*, einschließlich dieser *Vertragsbedingungen*, des Kundenleitfadens, *Ihrer Versicherungsbescheinigung* und *Ihrer Cigna Healthcare ID-Karte*.

**Vertrag** – der *Vertrag*, zu dem diese *Vertragsbedingungen*, der Kundenleitfaden (einschließlich der Liste der Leistungen und der Informationen zu den Erstattungsanträgen) und *Ihre Versicherungsbescheinigung* gehören.

**Vorabgenehmigung/Vorherige Genehmigung** – bezieht sich auf den formalen Prozess der Kontaktaufnahme mit uns, um eine Bestätigung darüber zu erhalten, dass die medizinische Behandlung abgedeckt ist und dass die medizinische Einrichtung als von Cigna Healthcare zugelassener medizinischer Anbieter angesehen wird, der die Cigna Healthcare-Qualitätsstandards erfüllt. Die Genehmigung durch uns basiert auf unserem Prozess der medizinischen Notwendigkeitsprüfung, der von unserem medizinischen Team durchgeführt wird, und wir können, falls erforderlich, im Rahmen dieser Überprüfung eine Zahlungsgarantie abgeben. Die medizinische Behandlung, die eine Vorabgenehmigung erfordert, ist in der Liste der Leistungen in Ihrem Kundenleitfaden klar angegeben. Wenn die erforderliche Vorabgenehmigung nicht bei uns angefordert wird, reduziert sich der Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen werden.

**Vorerkrankung** – jede vor dem *ursprünglichen Versicherungsbeginn* vorhandene Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* oder Symptome in Verbindung mit einer solchen Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung*, für die gilt:

- › eine medizinische Beratung oder eine *Behandlung* wurde beantragt oder in Anspruch genommen oder

- › dem *Anspruchsberechtigten* war sie bekannt und es wurde keine medizinische Beratung oder *Behandlung* beantragt oder in Anspruch genommen.

**Weltweit ausschließlich USA** – alle Länder mit Ausnahme der *USA*.

**Weltweit einschließlich USA** – alle Länder auf der ganzen Welt, ausschließlich der Länder, mit dem die Regierung der *USA* zum Zeitpunkt des Anfangsdatums dieser *Behandlung* den Handel untersagt hat, sodass Zahlungen gegen geltendes Recht verstoßen.

**Zahlungsgarantie** – eine verbindliche Garantie, vereinbarte Kosten in Verbindung mit einer bestimmten *Behandlung* zu bezahlen, die wir einem *Anspruchsberechtigten* oder einem *Krankenhaus*, einer *Klinik* oder einem *Arzt* ausstellen können.

**Zahnarzt** – ein *Zahnarzt* oder Zahnchirurg, der nach den Gesetzen des Landes, Staats oder regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* erbracht wird, als solcher registriert oder lizenziert ist.



„Cigna Healthcare“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch die The Cigna Group und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen und nicht durch die The Cigna Group angeboten. Zu diesen operativen Niederlassungen gehören die Cigna Global Insurance Company Limited, die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., die Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und die Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.