



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

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Die Versicherung wird bereitgestellt von:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Plantin en Moretuslei 309,
2140 Antwerpen,
Belgium

Cigna unterliegt in Belgien der Aufsicht der Belgischen Nationalbank (La Banque Nationale de Belgique/De Nationale Bank van België) und wird von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (L'Autorité des services et marchés financiers/De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) für die Integrität der Finanzmärkte und die faire Behandlung von Finanzverbrauchern 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 Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London
E14 9SR

Telefon: **0800 0 234 567**
Oder außerhalb Großbritanniens: **+44 (0) 2079 640 500**
E-Mail: **complaint.info@financial-ombudsman.org.uk**

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 der Vertrag die Kosten der *Behandlung* im Land der Staatsbürgerschaft des *Anspruchsberechtigten* nur dann, wenn der *Anspruchsberechtigte* vorübergehend in dem Land seiner Staatsbürgerschaft wohnt. 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

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.

1.5

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* *Ihren* Versicherungsschutz ab diesem Datum wiederherstellen.

5.5

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

Die Premie 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 Premie 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, einen durch diesen *Vertrag* entstehenden Versicherungsschutz 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. Außerdem zahlen *wir* keine Erstattungsanträge, die *wir* in sanktionierten Ländern erhalten haben, wenn dies gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen Office of Foreign Assets Control verstoßen würde.

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 falsche Informationen mitgeteilt haben, von denen *Sie* wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder unkorrekt sind, oder wenn *Sie uns* angeforderte Informationen, einschließlich medizinischer Informationen, nicht mitgeteilt 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 *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, die bereits für den Zeitraum nach der Beendigung eingezahlt wurden, zurückerstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem *wir* Versicherungsschutz gewährt haben, sofern *wir* keine Erstattungsanträge bezahlt oder *Zahlungsgarantien* für den *Versicherungszeitraum* 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 der Selbstbeteiligung, des Eigenanteils oder der maximalen 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 Ihrem 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 „Pflegerleistungen 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 „Pflegerleistungen 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.I, 6.6 und 6.7 Anwendung finden. Bitte beachten Sie, dass die *Versicherung* von einer anderen Cigna Group Company gestellt werden kann.

II.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.

II.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.

II.3

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

II.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:

II.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

II.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 Ihrem *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 *Verlängerungsmittelteilung* 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) 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 werden 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. 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.

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* 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, wir, uns, unser, der Versicherer – Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* enthält Einzelheiten zum *Cigna* 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 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 zugelassener medizinischer Anbieter angesehen wird, der die Cigna-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.