



Cigna Global Health Options

Kundenleitfaden

Alles, was Sie über Ihre Versicherung
wissen müssen





**Wir stärken die Gesundheit
und Vitalität unserer Kunden.**



Inhalt

04 Willkommen bei Cigna Global

Leistungsübersicht

- 05 Unsere ganzheitlichen Gesundheitsdienstleistungen
- 06 Unser Kundendienst
- 07 Unsere globale Expertise

Unsere Gesundheitsdienstleistungen

- 08 Klinisches Fallmanagement
- 10 Cigna Wellbeing® App

Praktische Informationen

- 11 Im Krankheitsfall
- 13 Einreichung von Erstattungsanträgen
- 14 Ihr Online-Kundenbereich
- 15 Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Leistungsverzeichnis

- 17 Internationale Krankenversicherung
- 27 Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen
- 33 Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung und Crisis Assistance Plus™
- 38 Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden
- 43 Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz

Kontaktaufnahme

Wenn Sie Fragen zu *Ihrem* Versicherungsvertrag haben, eine *Behandlung* genehmigen lassen wollen oder uns aus einem sonstigen Grund kontaktieren möchten, wenden Sie sich bitte an *unseren* Kundendienst. Er ist an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für Sie da.*



NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live Chat mit *uns*
Schreiben *Sie uns* eine Nachricht
Vereinbaren Sie einen Rückruf



Alternativ können *Sie uns* auch eine E-Mail senden:
cignaglobal_customer.care@cigna.com



RUFEN SIE UNS AN

International: **+44 (0) 1475 788 182**
USA: **800 835 7677** (gebührenfrei)
Hongkong: **2297 5210** (gebührenfrei)
Singapur: **800 186 5047** (gebührenfrei)

*Bei bestimmten Fragen kann Sie unser Kundendienst an unser internes Expertenteam weiterleiten, das während der Geschäftszeiten zur Verfügung steht (montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr MEZ).

Willkommen bei Cigna Global

UNSERE MISSION



Danke, dass Sie sich für den Tarif *Cigna Global Health Options* entschieden haben, um *sich* und *Ihre* Familie zu schützen. *Unsere* Aufgabe ist es, **die Gesundheit und Vitalität unserer Kunden zu verbessern.**

UNSERE LEISTUNGEN



Bei *Cigna Global* sind wir darauf spezialisiert, *Sie* und *Ihre* Familie bei *Ihren* Reisen weltweit als Partner für Ihr Wohlbefinden zu unterstützen und *Ihnen* den Zugang zu medizinischer Spitzenversorgung zu ermöglichen. *Wir* sind Experten mit speziellen Kenntnissen und Fähigkeiten, um *Sie* zu unterstützen und *wir* bieten *Ihnen* einen herausragenden Kundendienst, denn bei *uns* steht immer der Mensch im Mittelpunkt.

**Sie stehen
im Mittelpunkt,
bei allem,
was wir tun.**



Bitte lesen Sie diesen Kundenleitfaden zusammen mit *Ihren* *Vertragsbedingungen* und *Ihrer* *Versicherungsbescheinigung*, da diese für den *Versicherungszeitraum* Bestandteile *Ihres* Vertrags zwischen *Ihnen* und *uns* sind. Wenn *Ihr* *Versicherungsvertrag* bei Cigna Worldwide General Insurance Company Limited oder Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch abgeschlossen wurde, ist *Ihr* *Antragsformular* auch Teil *Ihres* Vertrags zwischen *Ihnen* und *uns*.

Sie haben einen Tarif gewählt, der *Ihren* individuellen Bedürfnisse entspricht. Wenn Sie *Ihren* Kundenleitfaden lesen und den gesamten Umfang des von *uns* angebotenen Versicherungsschutzes erfahren, lesen Sie bitte auch *Ihren* *Versicherungsschein*, damit Sie sich daran erinnern, welche optionalen Leistungen Sie gewählt haben, um *Ihren* Hauptversicherungsschutz – die internationale Krankenversicherung – zu ergänzen.

Sie werden einige *kursiv* geschriebene Begriffe sehen. Diese Begriffe sind in *Ihren* *Vertragsbedingungen* klar definiert, um Missverständnisse zu vermeiden.

Wir hoffen, Sie freuen sich in der Zwischenzeit, dass Sie und *Ihre* Familie schnellen Zugang zu der von *Ihnen* benötigten medizinischen *Behandlung* haben – jederzeit und überall.

UNSERE Gesundheitsdienstleistungen

Wir sind Ihr PARTNER FÜR RUNDUM-GESUNDHEIT und möchten Sie auf Ihrer Gesundheitsreise unterstützen.



Für den Zugang zu unserem klinischen Fallmanagement kontaktieren Sie bitte unseren Kundendienst.

Zugang zu unserem klinischen Team

Sie haben Zugang zu *unserem* klinischen Fallmanagement, das von *unserem* kompetenten Team aus *Ärzten* und *Pflegepersonal* durchgeführt wird. Hier erhalten Sie Unterstützung, wenn *Ihnen* eine Diagnose über eine *schwere* oder *komplexe* Erkrankung mitgeteilt wird, damit *Sie* die umfassende medizinische Betreuung erhalten, die *Ihnen* zusteht.

Das klinische Fallmanagement kann *Sie* wie folgt unterstützen:

- Koordination *Ihres* Gesundheits- und *Behandlungsplans*;
- Zugang zu medizinischen Experten weltweit, die *Sie* beraten und unterstützen;
- Ggf. Bereitstellung einer medizinischen Zweitmeinung oder eines ärztlichen Befunds.

Weitere Einzelheiten zu *unserem* klinischen Fallmanagement finden Sie im Kundenleitfaden auf Seite 8.

Zugang zu unserer Cigna Wellbeing® App

Mit der Cigna Wellbeing® App können *Sie* ganz einfach auf verschiedene Gesundheitstools zugreifen.

Unsere interaktive App ermöglicht *Ihnen*:

- **Zugriff auf globale Telemedizin:** Video- und Telefonsprechstunden mit *Allgemeinmedizinern* und *Fachärzten*;
- **Eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge:** Gesundheitsrisikobewertungen und Behandlung von chronischen Erkrankungen;
- **Änderung von Verhaltensweisen:** Kontrollieren *Sie* Ihre biometrischen Daten und nutzen *Sie* unsere Online-Coaching-Programme und unsere Gesundheitsbibliothek.

Weitere Einzelheiten zur Cigna Wellbeing® App finden Sie in diesem Kundenleitfaden auf Seite 10.

Sie können die App kostenlos bei Google Play oder im Apple Store herunterladen.

Beginnen Sie noch heute:

- Suchen *Sie* in Ihrem App Store nach „Cigna Wellbeing“
- Laden *Sie* die App herunter
- Wählen *Sie* „Globale Versicherung für Einzelpersonen (Versicherungsnehmer)“.
- Loggen *Sie* sich mit Ihren Anmeldeinformationen für den Kundenbereich ein.

Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements

Wird nur als Teil des optionalen Moduls Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden angeboten.

Dieser Service bietet *Ihnen* durch Beratung, Telefongespräche und Online-Programme vertrauliche Unterstützung bei allen für *Sie* wichtigen beruflichen, alltäglichen, persönlichen oder familiären Angelegenheiten.

Nur verfügbar, wenn *Sie* das optionale Modul Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden ausgewählt haben. Wenn *Sie* diese Leistung in Anspruch nehmen möchten, lesen *Sie* bitte auf Seite 39, welche Optionen verfügbar sind.

Sie haben Zugriff auf:

- Telefonische, persönliche oder Videoberatung;
- Achtsamkeits-Coaching-Sitzungen;
- Ein Online-Programm für kognitive Verhaltenstherapie;
- Karriereunterstützung mit Life-Coaching-Sitzungen und Unterstützung für Personalmanager;
- Informationen zu Experten vor Ort und Empfehlungen.

Weitere Einzelheiten finden Sie auf Seite 39 dieses Kundenleitfadens.

Unser Kundendienst

Bei uns steht der MENSCH AN ERSTER STELLE und unsere Teams sind bestrebt, Ihnen ein Höchstmaß an Service und Betreuung zu bieten.



Bei allem, was wir tun, geht es immer um SIE.

- Sie können sich rund um die Uhr an unseren erfahrenen Kundendienst wenden.
- Unsere mehrsprachigen Servicezentren werden versuchen, Ihren Anruf innerhalb von 20 Sekunden entgegenzunehmen.
- Wir sind bestrebt, Ihre Kostenübernahmeerklärung innerhalb einer Stunde nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten, um Verzögerungen bei Ihrer Behandlung zu vermeiden.
- Wir bemühen uns, Ihre Erstattungsanträge innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten.



Wir geben IHNEN die Kontrolle.

- Sie haben Zugang zu einfachen Online-Tools, um Ihren Vertrag zu verwalten und Ihre Erstattungsanträge einzureichen.
Weitere Einzelheiten zu Ihrem sicheren Online-Kundenbereich finden Sie im Kundenleitfaden auf Seite 14.
- Sie haben mehrere Möglichkeiten, mit uns in Kontakt zu treten, um die Hilfe zu erhalten, die Sie benötigen - so, wie es für Sie am angenehmsten ist.



Live-Chat



Rufen Sie uns an oder vereinbaren Sie einen Rückruf



Senden Sie uns eine E-Mail

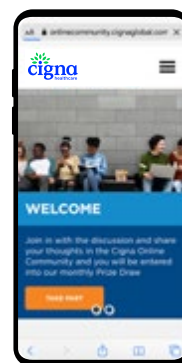
Weitere Informationen darüber, wie Sie uns kontaktieren können, finden Sie im Kundenleitfaden auf Seite 3.



Wir möchten unseren Service für SIE immer weiter verbessern.

Wir sind bestrebt, unsere Krankenversicherungstarife und Leistungen anhand Ihres Feedbacks kontinuierlich zu verbessern.

- Wir laden Sie eventuell ein, uns in einer Umfrage über Net Promoter Score mitzuteilen, ob wir Ihre Erwartungen erfüllen.
- Wir laden Sie eventuell ein, unserer exklusiven Online Community beizutreten, um mit Ihnen über die Aspekte zu sprechen, die für Sie wichtig sind (abhängig von Ihrem Standort).



Unsere globale Expertise

Dank unserer GLOBALEN EXPERTISE kennen wir die Herausforderungen, denen Sie als global mobiler Mensch gegenüberstehen.



Sie können nach lokalen Gesundheitseinrichtungen und Fachkräften in *Ihrem* **sicheren Online-Kundenbereich suchen** oder unseren **Kundendienstkontaktieren**.

Zugang zu unserem Globalen Netzwerk

Wir verfügen über ein umfassendes medizinisches Netzwerk mit über 2,2 Millionen Partnern. Unser Netzwerk besteht aus vertrauenswürdigen Krankenhäusern, Kliniken und Ärzten auf der ganzen Welt. Unser globales Netzwerk vertrauenswürdiger Krankenhäuser, Kliniken und Ärzte umfasst:

- Über 300.000 Anbieter für psychische und verhaltensbezogene Gesundheitsleistungen.
- Über 67.000 Vertragsapotheken.
- Über 150 interne Ärzte und Krankenschwestern.

Profitieren Sie außerdem von der **Direktabrechnung**, die Ihnen zahlreiche Gesundheitsdienstleister aus unserem globalen Netzwerk ermöglichen.

Weltweit Mobile Ressourcen

Wir wissen, dass der Umzug in ein anderes Land eine aufregende, aber auch anstrengende Zeit sein kann und wir verfügen über Ressourcen, die Ihnen auf Ihrer Reise helfen können.

- Im Gesundheits-Blog auf unserer Website finden Sie viele nützliche Informationen, wie z.B. Länderratgeber, Informationen über das Gesundheitssystem und Tipps, wie Sie das Beste aus Ihrem Umzug machen können.
- Greifen Sie über Ihren sicheren Online-Kundenbereich auf aktuelle Reiseinformationen und -hinweise sowie auf Echtzeit-Benachrichtigungen zu.

Der Abschnitt Länderratgeber Ihres Kundenbereichs bietet nützliche Reisehinweise, einschließlich Pandemieinformationen.



Nur verfügbar, wenn Sie das optionale Modul Internationale Evakuierung und Crisis Assistance Plus™ ausgewählt haben.

Im Krisenfall **rufen Sie uns** bitte an, **wir werden Sie an den FocusPoint International®** weiterleiten, der weltweit Unterstützung bietet.



Crisis Assistance Plus™

Wird nur als Teil des optionalen Moduls Internationale Evakuierung und Crisis Assistance Plus™ angeboten.

Zur weiteren Unterstützung unserer weltweit mobilen Kunden bietet Cigna Healthcare Crisis Assistance Plus™ (CAP), ein umfassendes globales Krisenhilfsprogramm, das von FocusPoint International® bereitgestellt wird.

Das CAP-Programm bietet zeitnahe Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort bei Risiken, denen Sie auf Ihren Reisen ausgesetzt sein können, von Naturkatastrophen bis zu politischen Bedrohungen.

Weitere Einzelheiten zu diesem Programm finden Sie im Kundenleitfaden auf Seite 35.

Klinisches Fallmanagement

Wir möchten Sie und Ihre Familie mithilfe unseres ärztlichen Fachwissens dabei unterstützen, ein glücklicheres und gesünderes Leben zu führen. Dieses Programm bietet alle Anspruchsberechtigten Zugang zu klinischen Dienstleistungen, wenn sie sich an unseren Kundendienst wenden.



Zugang zur Gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

Unser Service für **Globale Telemedizin** bietet Ihnen bei Gesundheitsfragen, die keinen Notfall darstellen, Zugang zu zugelassenen Ärzten auf der ganzen Welt. Wir können für Sie oft noch am selben Tag einen Rückruftermin vereinbaren, oder Sie vereinbaren eine Telefon- oder Videosprechstunde über die Cigna Wellbeing® App.

- Sie können bei Gesundheitsproblemen, die keinen Notfall darstellen, eine Diagnose erhalten;
- Sie erhalten Unterstützung bei der Vorbereitung auf eine bevorstehende Sprechstunde oder einen Krankenhausaufenthalt;
- Sie können einen Medikations- oder Behandlungsplan und die möglichen Nebenwirkungen besprechen.



Wir unterstützen Sie auf ihrer medizinischen Reise

Unser **Fallmanagement** weist Ihnen einen Fallmanager zu, wenn bei Ihnen eine komplexe Erkrankung diagnostiziert wird, die eine besondere Unterstützung erforderlich macht. Er ist Ihr zentraler Ansprechpartner, der Sie bei der Koordinierung Ihres Gesundheits- und Behandlungsplanes begleitet.

- Sie erhalten von dem Ihnen zugewiesenen Fallmanager persönliche Beratung und Unterstützung;
- Wir erstellen individuelle Behandlungspläne, die genau auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten sind.
- Unser Ziel ist es, die Zahl unnötiger oder zusätzlicher Krankenhausaufenthalte zu verringern.

Unser Programm für die **Behandlung chronische Erkrankungen** bietet Unterstützung, wenn Sie, an einer chronischen Erkrankung leiden. Wenn es sich bei der Erkrankung um einen in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten besonderen Ausschluss handelt, können wir Ihnen dennoch bei dem Umgang mit Ihrer Erkrankung helfen, auch wenn Ihr Ausschluss für jede Form der Behandlung nach wie vor gilt.

- Ein Fallmanager wird regelmäßige Visiten festsetzen, um Ihren Gesundheitszustand und Ihren Behandlungsplan zu überwachen und auszuwerten;
- Der Ihnen zugewiesene Fallmanager erstellt mit Ihnen spezifische und erreichbare Ziele, um Sie bei der Behandlung und Aufrechterhaltung Ihres Gesundheitszustandes zu unterstützen.



Mehr Sicherheit dank ärztlicher Zweitmeinung

Unser **Programm zur Unterstützung bei Behandlungsentscheidungen** bietet Ihnen Zugang zu führenden medizinischen Experten, die Ihnen Ratschläge und Empfehlungen zu Ihrer individuellen Diagnose und Ihrem *Behandlungsplan* geben können.

Dieser Service wird von *unserem* unabhängigen Partner erbracht, der weltweit mit medizinischen Experten zusammenarbeitet, um Ratschläge und Empfehlungen zu einzelnen Fällen und *Behandlungsplänen* zu erteilen.

- Unser Partner kontaktiert Sie innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt Ihrer Krankengeschichte;
- Der medizinische Bericht enthält die Meinung des medizinischen Experten zu Ihrer Diagnose und Ihrem *Behandlungsplan*;
- Sie können auch Ihre eigenen Fragen zu Ihrer Diagnose und Ihrem *Behandlungsplan* stellen, damit sie im ärztlichen Bericht beantwortet werden.



Cigna Wellbeing® App

Unsere Cigna Wellbeing® App bietet Ihnen eine Vielzahl von Tools und Funktionen, die Ihnen helfen, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu fördern.



Zugang zur Gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

Die Cigna Wellbeing® App ist der einfachste Weg, um auf Globale Telemedizin zuzugreifen.



TERMIN VEREINBAREN

Nutzen Sie die Cigna Wellbeing® App, um jederzeit und überall einen Termin mit einem Arzt zu vereinbaren.



MIT EINEM ARZT SPRECHEN

Das Erstgespräch findet mit einem Allgemeinmediziner statt (per Telefon oder Video).



SICH BESSER FÜHLEN

Holen Sie sich die passende Beratung. Dazu gehören Verordnungen und Überweisungen, falls Sie weitere Behandlungen benötigen.



Vorteile der Globalen Telemedizin

Es ist bequem.

Sie müssen weder das Haus noch den Arbeitsplatz verlassen.

Sie ist 24/7 verfügbar.

Das bedeutet, dass Sie rund um die Uhr Zugang zu Ärzten haben, in der Regel innerhalb von 24 Stunden (je nach Sprachpräferenz).

Sie ist erschwinglich.

Sie ist eine Alternative zu einem Besuch in einer Arztpraxis oder Klinik – ohne Selbstbehalt oder Kostenbeteiligung und ohne Begrenzung der Anzahl der vereinbarten Konsultationen.



Fördern Sie Ihre Gesundheit

Gesundheitsanalysen

Mit der vertraulichen Online-Gesundheitsrisikoanalyse können Sie Ihren eigenen, individuellen Bericht erstellen. Der 360°-Blick auf Ihre Gesundheit zeigt Ihnen:

- Ihren Gesundheitswert
- Ihre positiven Gewohnheiten
- Die verbesserungswürdigen Bereiche
- Risikobereiche

Umgang mit chronischen Erkrankungen

Dieses Programm wird von unseren sehr erfahrenen Pflegekräften geleitet und hilft Ihnen, Ihre chronischen Erkrankungen in den Griff zu bekommen, zum Beispiel:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Herzprobleme

Füllen Sie bitte die Analyse zu Ihrem Wohlbefinden aus und teilen Sie uns mit, ob Sie von uns kontaktiert werden möchten.



Verhaltensweisen ändern

Biometrische Daten beobachten

Mit der Cigna Wellbeing® App haben Sie folgende Daten stets im Blick:

- Schlaf
- Größe/Gewicht
- Blutzucker
- Blutdruck
- Cholesterin
- Ihre Gesundheitsnotizen

Gesundheitsinhalte & Coaching-Programme

Entdecken Sie Artikel, Online-Coaching-Programme und Videos, die Ihnen dabei helfen, in Bezug auf Schlaf, Stress, Ernährung und Bewegung bessere Entscheidungen zu treffen.

- Lebensstil
- Allgemeine Gesundheit
- Ernährung/Gewicht
- Gesunde Rezepte
- Körperliche Aktivität
- Stress

Ihr Leitfaden für eine Behandlung

Wir möchten sicherstellen, dass die Behandlung für Sie und Ihre Familienangehörigen so stressfrei wie möglich verläuft.

Vor der Behandlung

Wenden Sie sich vor einer *Behandlung* bitte an unseren Kundendienst. Sie können uns rund um die Uhr über den Live-Chat in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich oder per Telefon oder E-Mail kontaktieren (Einzelheiten siehe Seite 3).

- Wir können Ihnen bei der Erstellung Ihres Behandlungsplans helfen und Ihnen den richtigen Weg weisen, damit Sie nicht selbst nach einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Arzt suchen müssen.
- Wir können uns direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass die von Ihnen geplante *Behandlung* von Ihrem Vertrag abgedeckt ist und eine Vorabgenehmigung ausstellen.
- Wir können uns direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um die direkte Abrechnung durch Ausstellung einer *Kostenübernahmeerklärung* zu veranlassen.



Wenn es sich um einen Notfall handelt und Sie uns nicht vorher anrufen können, kontaktieren Sie uns bitte innerhalb der nächsten 48 Stunden.

Während der Behandlung

- Bitte denken Sie daran, Ihre Cigna Healthcare-Mitgliedskarte mitzunehmen. Eine Kopie Ihrer Cigna Healthcare-Mitgliedskarte finden Sie in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich.

Nach der Behandlung

In den meisten Fällen bezahlen wir Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihren Arzt direkt.

- Wir zahlen nur den Teil der entstandenen Behandlungskosten, der gedeckt ist.
- Alle Anspruchsberechtigten sind dafür verantwortlich, etwaige Selbstbehalte oder Kostenbeteiligungen zum Zeitpunkt der *Behandlung* direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zu zahlen.

Eine Liste der Krankenhäuser, Kliniken und Ärzte, die dem Cigna Healthcare-Netzwerk angehören, finden Sie in Ihrem **sicheren Online-Kundenbereich**; für weitere Informationen können Sie sich aber auch an **unseren Kundendienst** wenden.

Wenn Sie das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt selbst bezahlt haben:

- Reichen Sie uns Ihre Rechnungen und Erstattungsanträge ein:
 - Online über Ihren sicheren Online-Kundenbereich;
 - Oder per E-Mail, Fax oder auf dem Postweg (siehe Seite 13).
- Wir erstatten Ihnen die Kosten (abzüglich Ihrer Selbstbehalts- und/oder Kostenbeteiligungsoption).
- Wir bemühen uns, Ihren Erstattungsantrag innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten.

Sie können Ihre Antragsformulare in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich oder unter www.cignaglobal.com/help/claims herunterladen.

Bitte beachten Sie, dass wir die Anbieter in manchen Ländern möglicherweise nicht direkt bezahlen können. In diesem Fall sind Sie dafür verantwortlich, Ihrem Anbieter die *Behandlungskosten* zu begleichen. Cigna Healthcare wird Ihnen diese zurückerstatten.

Bitte beachten Sie, dass wir nach *eigenem* Ermessen und ohne Vorankündigung von Zeit zu Zeit Änderungen am Cigna Healthcare-Netzwerk vornehmen können, indem wir Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte und Apotheken auf- und/oder herausnehmen.

Bevor Sie sich in *Behandlung* begeben, lesen Sie bitte die folgenden Informationen zur *Vorabgenehmigung*, zur *Notfallbehandlung* und zur *Behandlung* in den USA.



Vorabgenehmigung

Bitte rufen Sie uns so bald wie möglich an, bevor Sie im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung und der gegebenenfalls von Ihnen gewählten Zusatzmodule (sofern zutreffend) eine *Behandlung* erhalten.

Eine *Vorabgenehmigung* ist **für alle stationären und teilstationären Behandlungen** erforderlich, die im Rahmen der jeweiligen *stationären* und *teilstationären* Leistung angegeben sind. Für die meisten **ambulanten Behandlungen** ist diese nicht erforderlich, ausgenommen die auf Seite 27 aufgeführten *Behandlungen*.

Es kann sein, dass wir Sie vor der Genehmigung Ihrer *Behandlung* um weitere Informationen bitten, beispielsweise um einen medizinischen Bericht. Wir werden die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen* bestätigen.

Wenn Sie keine *Vorabgenehmigung* von uns erhalten, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen und wir werden den von uns zu zahlenden Betrag wie folgt kürzen:

- 20 %, wenn Sie von uns keine *Vorabgenehmigung* eingeholt haben, als dies erforderlich war. Dies gilt für alle verordneten *stationären* und *teilstationären Behandlungen* (und einige *ambulante* *Behandlungen*) sowohl innerhalb als auch außerhalb der USA.

In den meisten Fällen stellen wir einem *Anspruchsberechtigten* oder einem *Krankenhaus*, einem *Arzt* oder einer *Klinik* eine *Kostenübernahmeerklärung* aus. Das bedeutet, dass wir im Voraus einwilligen, die Kosten einer bestimmten *Behandlung* ganz oder teilweise zu übernehmen. Wenn wir eine *Kostenübernahmeerklärung* ausgestellt haben, zahlen wir dem *Anspruchsberechtigten* oder dem *Krankenhaus*, dem *Arzt* oder der *Klinik* den vereinbarten Betrag nach Erhalt eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der dazugehörigen *Rechnung* nach Abschluss der *Behandlung*.



Notfallbehandlungen

Wir sind uns bewusst, dass es manchmal nicht möglich oder praktikabel ist, uns in einem Notfall vor der *Behandlung* zu kontaktieren, da die *Behandlung* so schnell wie möglich erfolgen muss. In solchen Fällen bitten wir Sie oder den betroffenen *Anspruchsberechtigten*, sich innerhalb von 48 Stunden nach der *Behandlung* mit uns in Verbindung zu setzen. So können wir feststellen, ob Ihre *Behandlung* abgedeckt ist und die Abrechnung mit Ihrem *Gesundheitsdienstleister* vereinbaren.

Es kann sein, dass wir Sie vor der Genehmigung Ihrer *Behandlung* um weitere Informationen bitten, beispielsweise um einen medizinischen Bericht. Wir werden die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen* bestätigen.

Wird ein *Anspruchsberechtigter* durch ein *Krankenhaus*, einen *Arzt* oder eine *Klinik* behandelt, die nicht zu unserem Netzwerk gehören, können wir vereinbaren, dass der *Anspruchsberechtigte* (mit dessen Einwilligung) zur Fortsetzung der *Behandlung* an ein *Krankenhaus*, einen *Arzt* oder eine *Klinik* innerhalb des Cigna Healthcare-Netzwerks überwiesen wird, sobald dies aus medizinischer Sicht unbedenklich ist.



Behandlungen in den USA

Wenn der *Anspruchsberechtigte* entscheidet, sich von einem *Krankenhaus*, einem *Arzt*, einer *Klinik* oder einer *Apotheke* behandeln zu lassen, die nicht zum Cigna Healthcare-Netzwerk gehören, reduzieren wir den von uns zu leistenden Betrag um 20 %.

Wir sind uns bewusst, dass es in manchen Fällen nicht möglich oder sinnvoll ist, die *Behandlung* in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt*, in einer *Klinik* oder von einer *Apotheke* des Cigna Healthcare-Netzwerks durchführen zu lassen. In diesen Fällen reduzieren wir unsere Zahlungen nicht. Beispiele hierfür sind:

- Es gibt kein *Krankenhaus*, keinen *Arzt*, keine *Klinik* oder keine *Apotheke* des Cigna Healthcare-Netzwerks im Umkreis von 50 Kilometern der Privatanschrift des *Anspruchsberechtigten*; oder
- Die *Behandlung*, die der *Anspruchsberechtigte* benötigt, ist nicht in einem örtlichen *Krankenhaus*, bei einem *Arzt*, in einer *Klinik* oder von einer *Apotheke* des Cigna Healthcare Netzwerks erhältlich; oder
- Es handelt sich um eine *Notfallbehandlung*.

Für Kunden mit Wohnsitz in den USA bieten wir eine *Apotheke* mit Hauszustellung an, wenn Sie eine Postanschrift in den USA haben. Dieser Service kann eine praktische Option sein, wenn Sie an einer Krankheit leiden, die eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten erfordert. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Einreichen von Erstattungsanträgen

Wenn Sie Ihre Behandlung selbst bezahlt haben, können Sie uns Ihre Rechnung und das Antragsformular zusenden. Am einfachsten geht das über Ihren sicheren Online-Kundenbereich.

Erforderliche Dokumente:



Die Rechnung Ihres Gesundheitsdienstleisters



Einen ausgefüllten Erstattungsantrag



Der Beleg über Ihre Zahlung

Bitte geben Sie auf allen Unterlagen, die Sie bei uns einreichen, deutlich Ihre Versicherungsnummer an.

Sie können Ihre Erstattungsanträge in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich herunterladen oder unter www.cignaglobal.com/help/claim.

Einreichen der Erstattungsanträge über:

- Ihren sicheren Online-Kundenbereich (siehe Seite 14)
- E-Mail: cghoclaims@cigna.com
- Postweg: Für entstandene Behandlungen:
- Fax: +44 (0) 1475 492 113 (außerhalb der USA); 855 358 6457 (in den USA)

Außerhalb der USA, Hongkong oder Singapur	Cigna Global Health Options, Customer Service, I Knowe Road, Greenock Scotland PA15 4RJ
In den USA	Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, USA
In Hongkong	Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd, Cigna Global Health Options, Customer Service, 16/F, International Trade Tower, 348 Kwun Tong Road, Kwun Tong, Kowloon, Hongkong SAR
In Singapur	Business Services Team, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch, Cigna Global, Health Singapore, 152 Beach Road, #33-05/06, The Gateway East, Singapore 189721

Wichtige Information

- Sie und alle Anspruchsberechtigten müssen die in diesem Kundenleitfaden dargelegten Antragsverfahren einhalten.
- Wir erstatten Ihnen die Kosten per Banküberweisung oder Scheck.
- Es kann sein, dass wir zusätzliche Informationen benötigen, um einen Antrag bearbeiten zu können, z.B. medizinische Berichte oder andere Informationen über den Gesundheitszustand des Anspruchsberechtigten oder die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchung, die von uns verlangt wird, die wir unter Umständen verlangen und zahlen.
- Anspruchsberechtigte werden angehalten, Erstattungsanträge und Rechnungen so bald wie möglich nach einer Behandlung einzureichen. Wenn Erstattungsantrag und Rechnung nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem Datum der Behandlung bei uns eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch uns.

Vorbehaltlich der Bedingungen dieses Vertrags übernehmen wir die folgenden Kosten im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag:

- Kosten, die in diesem am Tag bzw. an den Tagen der Behandlung des Anspruchsberechtigten geltenden Kundenleitfaden im Abschnitt „Leistungsübersicht“ aufgeführt sind.
- Kosten für bereits durchgeführte Behandlungen; wir übernehmen jedoch keine Kosten für zukünftige Behandlungen, für die eine Anzahlung oder Vorauszahlung erforderlich ist.
- Medizinisch notwendige und klinisch angemessene Behandlungen für den Anspruchsberechtigten.
- Angemessene und übliche Kosten für Behandlungen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Behandlungen, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind. Wir übernehmen diese Behandlungskosten entsprechend der angemessenen Höhe am Ort der Behandlung und gemäß der gängigen klinischen und medizinischen Praxis.
- Wenn Sie eine Leistungsuntergrenze oder die jährliche Gesamtleistungsgrenze überschreiten, werden wir von Ihnen eine Rückerstattung der Kosten verlangen, bei denen Sie Ihre Grenze überschritten haben.

Ihr Online-Kundenbereich

Als Kunde von Cigna Global Health Options haben Sie über Ihren sicheren Online-Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen, ganz gleich, wo auf der Welt Sie sich befinden. Weitere Einzelheiten sind nachstehend aufgeführt:

Um auf Ihren sicheren Online-Kundenbereich zuzugreifen, gehen Sie bitte auf www.cignaglobal.com und:



Klicken Sie auf die „**Mitglieder-Login**“-Schaltfläche oben rechts auf der Seite.

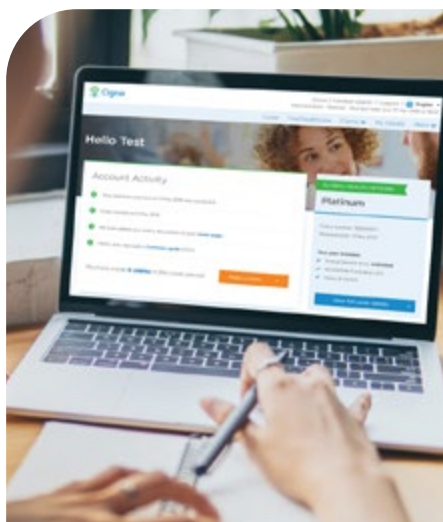


Wählen Sie „Globale Versicherung für Einzelpersonen“ aus der Liste und klicken Sie auf die Schaltfläche „**Login**“.



Geben Sie dann die E-Mail-Adresse, die Sie **uns bereitgestellt haben**, und Ihr Passwort ein.

Sollten Sie Probleme haben, auf den Kundenbereich zuzugreifen, wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst. Kontaktinformationen finden Sie unten und auf Seite 3.



VERWALTUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

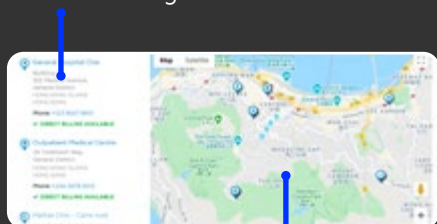
Ihr sicherer Online-Kundenbereich ist der einfachste Weg für Sie, Ihren Vertrag zu verwalten und auf alle Informationen zu Ihrem Versicherungstarif zuzugreifen. Hier können Sie:

- Ihre *Versicherungsunterlagen* einsehen, einschließlich Ihrer *Versicherungsbescheinigung*, sowie die *Cigna Healthcare-Mitgliedskarten* für alle *Anspruchsberechtigten*;
- Alle besonderen *Ausschlüsse*, die für Ihren Vertrag gelten, einsehen;
- Die in Ihrem *Tarif* enthaltenen Leistungen einsehen;
- Eine Übersicht über Ihre *Beitragszahlungen* einsehen;
- Die gesamte *Korrespondenz* mit uns einsehen;
- Auf einfache Weise Ihre *Erstattungsanträge* einreichen und den Status Ihrer *Anträge* verfolgen;
- Ihre *Angaben* bei Bedarf aktualisieren.

Zugang zu Gesundheitsdiensten

Unsere Suchfunktion bietet Ihnen eine einfache Möglichkeit, Gesundheitsdienstleister in Ihrer Nähe zu finden. Sie können Ihre Suche nach medizinischem Fachgebiet, Art der Einrichtung oder medizinischem Fachpersonal verfeinern.

Klares Verzeichnis der Dienstleister mit Direktabrechnung.



Eine übersichtliche Karte zeigt, wo Sie sich im Verhältnis zu den Dienstleistern befinden.

Kontakt

In Ihrem sicheren Online-Kundenbereich stehen Ihnen auch bequeme Methoden zur Verfügung, um mit uns in Kontakt zu treten, z.B. per Live-Chat, per Direktnachricht oder indem Sie uns eine für Sie günstige Zeit mitteilen, zu der wir Sie zurückrufen werden.



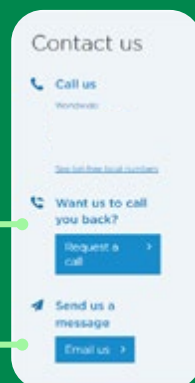
Live-Chat



Rückruf anfordern



Nachrichte an uns



Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Unser breites Angebot an Selbstbehalts- und Kostenbeteiligungsoptionen ermöglicht es Ihnen, Ihren Versicherungstarif an Ihr Budget anzupassen. Sie können einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung für den Internationalen Krankenversicherungsschutz und/oder das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ wählen.

Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung wählen, ist Ihre Prämie niedriger.

- **Selbstbehalt** - Dies ist der Betrag, den Sie für Ihre Behandlung zahlen müssen, bis der Selbstbehaltsbetrag für den Versicherungszeitraum erreicht ist.
- **Kostenbeteiligung** - Dies ist der prozentuale Anteil, den Sie an Ihren Behandlungskosten selbst tragen müssen. Dieser Betrag gilt, sobald der Selbstbehalt (falls ausgewählt) angerechnet wurde.
- **Zuzahlungshöchstbetrag** - Dies ist der maximale Betrag der Kostenbeteiligung, den Sie pro Versicherungszeitraum zahlen müssen. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung zahlen, werden durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckelt.

Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung gewählt haben, zeigen die folgenden Beispiele, wie es funktioniert.

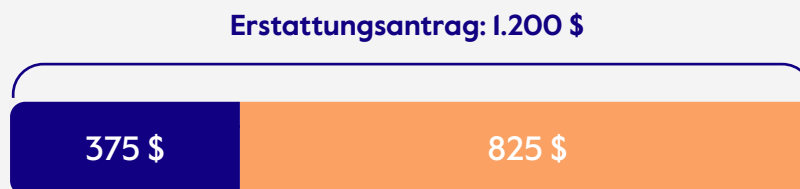
Beispiel 1:

Berechnung des Selbstbehalts

Antragswert: **1.200 \$**

Selbstbehalt: **375 \$**

Sobald der Selbstbehalt erreicht ist, übernehmen wir alle weiteren Behandlungskosten für diesen Versicherungszeitraum. In diesem Beispiel ist der Selbstbehalt für diesen Versicherungszeitraum erreicht.



Beispiel 2:

Berechnung der Kostenbeteiligung

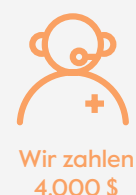
Antragswert: **5.000 \$**

Selbstbehalt: **0 \$**

Kostenbeteiligung: **20 % = 1.000 \$**

Zuzahlungshöchstbetrag: **2.000 \$**

Die Höhe der Kostenbeteiligung wird durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckelt. In diesem Beispiel wurden 1.000 \$ auf den Höchstbetrag von 2.000 \$ für diesen Versicherungszeitraum angerechnet.



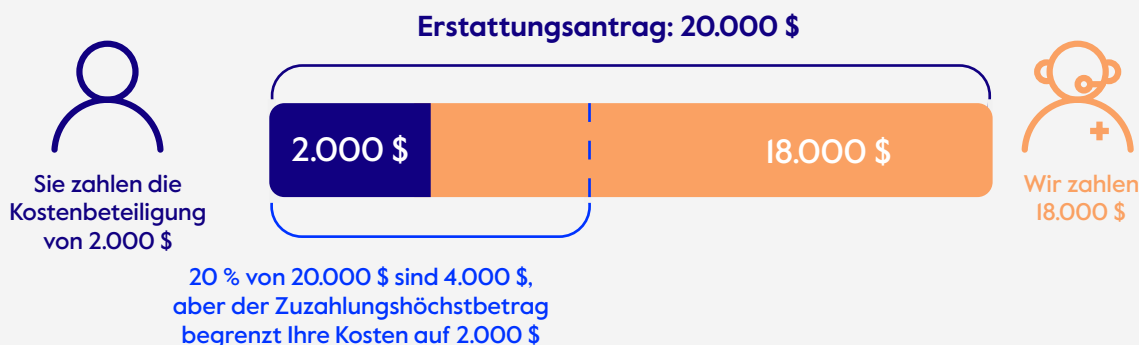
Beispiel 3:

Berechnung der **Kostenbeteiligung** und des **Zuzahlungshöchstbetrags**

Antragswert: **20.000 \$**
Selbstbehalt: **0 \$**
Kostenbeteiligung: **20 % = 4.000 \$**
Zuzahlungshöchstbetrag: **2.000 \$**

Der Zuzahlungshöchstbetrag schützt Sie vor einer sehr hohen Kostenbeteiligung.

In diesem Beispiel haben Sie Ihren Zuzahlungshöchstbetrag ausgeschöpft und wir übernehmen den Restbetrag für diesen Versicherungszeitraum.



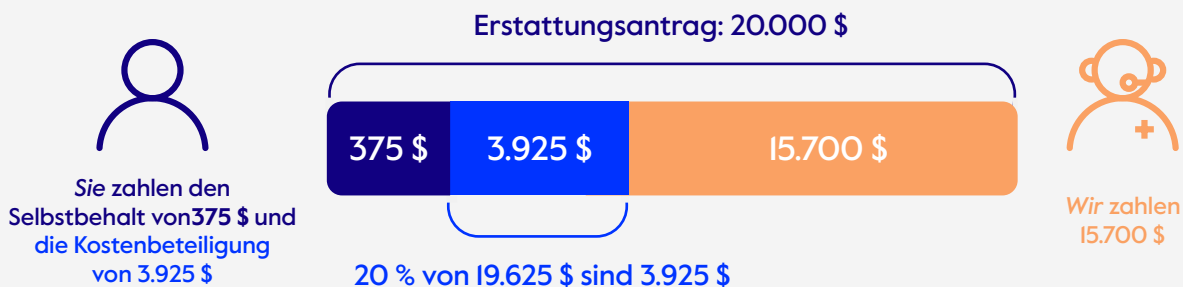
Beispiel 4:

Berechnung des **Selbstbehalts** und der **Kostenbeteiligung**, wenn Sie beides gewählt haben

Antragswert: **20.000 \$**
Selbstbehalt: **375 \$**
Kostenbeteiligung: **20 % = 3.925 \$**
Zuzahlungshöchstbetrag: **5.000 \$**

Der Selbstbehalt ist fällig, bevor die Kostenbeteiligung berechnet wird.

In diesem Beispiel wird zuerst Ihr Selbstbehalt von 375 \$ von den *Behandlungskosten* abgezogen. Anschließend wird die Kostenbeteiligung von 20 % berechnet, d.h. von dem für diesen Versicherungszeitraum geltenden Zuzahlungshöchstbetrags von 5.000 \$ werden 3.925 \$ fällig.



Wichtige Information

- Sie sind für die direkte Zahlung des Selbstbehalts und der Kostenbeteiligung an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke verantwortlich.
- Selbstbehalt, Kostenbeteiligung und Zuzahlungshöchstbetrag werden für jeden Anspruchsberechtigten und jeden Versicherungszeitraum separat festgelegt.
- Wenn Sie sich sowohl für einen Selbstbehalt als auch für eine Kostenbeteiligung entscheiden, wird die Höhe Ihres Selbstbehalts zuerst berechnet und anschließend der Betrag, den Sie aufgrund der Kostenbeteiligung zu zahlen haben.
- Sie können jedes Jahr eine Änderung des Selbstbehalts und/oder der Kostenbeteiligung und des Zuzahlungshöchstbetrags mit Wirkung zum jährlichen Verlängerungsdatum Ihres Vertrags beantragen. Wenn Sie den Selbstbehalt, die Kostenbeteiligung oder den Zuzahlungshöchstbetrag für Ihren Versicherungsschutz aufheben oder reduzieren möchten, müssen Sie uns möglicherweise detailliertere medizinische Informationen zur Verfügung stellen (einschließlich medizinischer Informationen von Anspruchsberechtigten, falls zutreffend), und wir können auf der Grundlage der von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen neue spezielle Einschränkungen oder Ausschlüsse anwenden.
- Sie können sich den von Ihnen gewählten Selbstbehalt oder die Kostenbeteiligung in Erinnerung rufen, indem Sie Ihre Versicherungsbescheinigung einsehen, die in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich verfügbar ist.

Internationale Krankenversicherung

Unsere Tarife umfassen 3 verschiedene Deckungsstufen: Silver, Gold und Platinum.

Die internationale Krankenversicherung ist *Ihr* essenzieller Versicherungsschutz für Kosten in Verbindung mit *stationären* und *teilstationären Behandlungen* und Unterbringungskosten sowie Krebsbehandlungen, psychischer Gesundheitsversorgung und vielem mehr.

Gemäß unseren Definitionen in *Ihren* Unterlagen mit den Versicherungsbedingungen gilt:

- Ein **stationärer Patient** ist ein Patient, der aus medizinischen Gründen in ein *Krankenhaus* eingewiesen wird und über Nacht oder länger ein Bett belegt.
- Ein **teilstationärer Patient** ist ein Patient, der zur *Behandlung* oder weil er eine ärztlich überwachte Erholungsphase benötigt, in ein *Krankenhaus*, eine *Tagesklinik* oder eine andere medizinische Einrichtung eingewiesen wird aber über Nacht kein Bett belegt. Hierzu zählen auch *chirurgische Eingriffe*, die in einer *Arztpraxis* durchgeführt werden.
- Unter **ambulant** fallen *Behandlungen* in einer *Arztpraxis*, einer *Ambulanz* oder einem *Krankenhaus* bei denen der Patient weder *teilstationär* noch *stationär* aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.
Einige der in der internationalen Krankenversicherung enthaltenen Leistungen (Krebsbehandlung, erweiterte bildgebende Verfahren und psychische Gesundheitsversorgung) bieten Versicherungsschutz für *stationäre*, *teilstationäre* und *ambulante* Behandlungen. Für alle anderen Leistungen müssen Sie Ihren Tarif um das optionale Modul Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen ergänzen, damit *ambulante Behandlungen* abgedeckt sind, wie in den Leistungsbeschreibungen angegeben.

Wichtiger Hinweis: Alle *stationären* und *teilstationären Behandlungen* bedürfen einer **Vorabgenehmigung**. Weitere Informationen zur **Vorabgenehmigung** finden Sie auf Seite I2, die Kontaktinformationen entnehmen Sie bitte Seite 3. Die allgemeinen Ausschlüsse finden Sie in Ihrem Kundenbereich im Dokument mit den *Versicherungsbedingungen*.

	Silver	Gold	Platinum
Jährliches Gesamtleistungsmaximum - pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum Dazu zählen Erstattungen, die in allen Bereichen des Internationalen Versicherungsschutzes gezahlt werden.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Vollständige Kosten- übernahme

	Silver	Gold	Platinum
Krankenhauskosten Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	Vollständige Kosten- übernahme Einzelzimmer	Vollständige Kosten- übernahme Einzelzimmer	Vollständige Kosten- übernahme Einzelzimmer

- Pflege & Unterbringung für *stationäre* & *teilstationäre Behandlung* und Aufwachraum
- Operationssaal
- Verordnete Medikamente, Tabletten und Verbandmaterial nur bei *stationärer* oder *teilstationärer* Behandlung
- Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer erweiterte bildgebende Verfahren. Erweiterte bildgebende Verfahren sind gemäß einer besonderen Leistung abgedeckt)
- Kosten für Behandlungsraum und Pflegepersonal bei ambulanten *chirurgischen Eingriffen* (wir übernehmen die Kosten für das Pflegepersonal während eines *chirurgischen Eingriffs* sowie nach dem *Eingriff* im Behandlungs- oder Aufwachraum)
- Intensivpflege: Intensivtherapie, kardiologische Intensivversorgung und Überwachungsstation
- Honorare für Chirurgen und Anästhesisten
- Facharzt Honorare für Konsultationen bei *stationären* und *teilstationären* Behandlungen
- *Stationäre* zahnärztliche *Notfallbehandlung*.

Wir arbeiten mit *Ihnen* und *Ihrem* Arzt zusammen, um sicherzustellen, dass Sie die geeignete Betreuung und *Behandlung* in der richtigen medizinischen Einrichtung erhalten.

Wichtiger Hinweis:

- Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen vor oder nach einer *stationären* oder *teilstationären* Behandlung oder einem *chirurgischen Eingriff* nur, wenn der Anspruchsberechtigte im Rahmen der **Option** „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ versichert ist (es sei denn, die Behandlung erfolgt im Rahmen einer Krebsbehandlung).

	Silver	Gold	Platinum
<p>Krankenhausunterbringung für ein Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten</p> <p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungs­grenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamt­leistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>1.000 \$ 740 € 665 £</p>	<p>1.000 \$ 740 € 665 £</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> unter 18 Jahren eine <i>stationäre Behandlung</i> benötigt und über Nacht im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss, übernehmen <i>wir</i> auch die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im <i>Krankenhaus</i>, wenn eine Unterbringung im selben <i>Krankenhaus</i> möglich ist und die Kosten dafür angemessen sind.</p> <p><i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im <i>Krankenhaus</i> nur dann, wenn die <i>Behandlung</i>, die der <i>Anspruchsberechtigte</i> während seines Aufenthalts im <i>Krankenhaus</i> erhält, von diesem <i>Versicherungsvertrag</i> gedeckt ist.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Pandemien, Epidemien und Ausbrüche von Infektionskrankheiten</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamt­leistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p><i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>medizinisch notwendige Behandlungen</i> von Krankheiten oder Erkrankungen, die auf eine Pandemie, Epidemie oder den Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die <i>medizinisch notwendige Behandlung</i> und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden sowohl <i>stationär</i> als auch <i>teilstationär</i> übernommen. <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen nur, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> im Rahmen der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ versichert ist.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>Die medizinisch notwendigen Untersuchungen, die ambulant (z. B. zu Hause oder in einem Diagnosezentrum) bei Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten durchgeführt werden, werden nur im Rahmen der Leistungen für Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests des Moduls „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ übernommen. Diese gemäß den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen ambulanten diagnostischen Tests werden in gleicher Weise übernommen wie die Diagnostik in Verbindung mit anderen Krankheiten.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Stationäre Geldleistungen</p> <p>Pro Nacht bis zu 30 Tagen pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>100 \$ 75 € 65 £</p>	<p>100 \$ 75 € 65 £</p>	<p>200 \$ 150 € 130 £</p>
<p><i>Wir</i> leisten eine Barzahlung direkt an den <i>Anspruchsberechtigten</i>, wenn dieser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine <i>Behandlung</i> in einem <i>Krankenhaus</i> erhält, die durch diesen Tarif abgedeckt ist; • über Nacht in einem <i>Krankenhaus</i> bleiben muss; und • das <i>Krankenhaus</i> keine Gebühren für Zimmer, Verpflegung und <i>Behandlung</i> gegenüber dem <i>Anspruchsberechtigten</i>, einer Versicherungsgesellschaft und/oder einer örtlichen staatlichen Behörde erhebt. 			

Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungs­grenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £

Wir übernehmen die Kosten für eine notwendige *ambulante Notfallbehandlung* in einer Unfall- und Notfallabteilung eines Krankenhauses nach einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung und/oder lebensbedrohlichen Situationen und wenn der *Anspruchsberechtigte* aus medizinischen Gründen über Nacht kein Bett belegt.

Wichtige Hinweise:

- Wenn Sie die Option „Internationaler Versicherungsschutz für *ambulante* Behandlungen“ gewählt haben gilt: Die hier aufgeführten Leistungen und Grenzen werden zuerst angewandt. Erst danach können die anwendbaren Leistungen des „Internationalen Versicherungsschutzes für *ambulante* Behandlungen“ in Anspruch genommen werden.
- Von Ihnen im Rahmen der Basisversicherung „Internationale Krankenversicherung“ oder des „Internationalen Versicherungsschutzes für *ambulante* Behandlungen“ gewählte Selbstbehalte oder Kostenbeteiligungen finden für diese Leistung in keinem der drei Tarife Anwendung.

Transplantationen	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für *stationäre* und *teilstationäre Behandlungen*, die direkt mit einer Organtransplantation für einen *Anspruchsberechtigten* verbunden sind, wenn eine Transplantation aus *medizinischer* Sicht *notwendig* ist und das zu transplantierende Organ von einer verifizierten und legitimen Quelle gespendet wurde. Wir übernehmen auch die Kosten für die Medikamente gegen die Abstoßung von Transplantaten nach einer Transplantation.

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* eine Organtransplantation benötigt (unabhängig davon, ob der Spender von diesem *Versicherungsvertrag* abgedeckt ist), übernehmen wir folgende Kosten:

- die Entnahme des Organs oder des Knochenmarks;
- alle *medizinisch notwendigen* Tests oder Verfahren zum Abgleich der Gewebemerkmale;
- die *Krankenhauskosten* für den Spender und
- alle Kosten, aufgrund von Komplikationen, die der Spender innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff erleidet.

Nierendialyse	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

- Behandlungen zur Nierendialyse sind abgedeckt, sofern eine solche Behandlung im Aufenthaltsland des *Anspruchsberechtigten* verfügbar ist. Wir übernehmen die Kosten für diese Behandlungen, wenn sie *stationär*, *teilstationär* oder *ambulant* erfolgen.
- Wir übernehmen die Kosten für Behandlungen zur Nierendialyse außerhalb des Aufenthaltslandes des *Anspruchsberechtigten*, wenn die Behandlung innerhalb des ausgewählten Versicherungsgebiets des *Anspruchsberechtigten* bereitgestellt wird. Wir zahlen für solche Behandlungen auf *teilstationärer* Basis. Reise- und Unterbringungskosten im Zusammenhang mit einer derartigen Behandlung sind nicht abgedeckt.

Erweiterte bildgebende Verfahren (MRT, CT und PET)	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungs­grenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung sowohl für stationäre und teilstationäre als auch für ambulante Behandlungen.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £

Wir übernehmen die Kosten für erweiterte bildgebende Verfahren, wenn diese von einem Arzt im Rahmen der *stationären*, *teilstationären* oder *ambulant*en Behandlung eines *Anspruchsberechtigten* empfohlen wird.

Wichtiger Hinweis:

Diese Leistung unterliegt dem Selbstbehalt bzw. der Kostenbeteiligung, den/die Sie im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung für alle erweiterten bildgebenden Verfahren, einschließlich ambulant durchgeführter MRT-, CT- und PET-Scans, gewählt haben.

Rehabilitation

Bis zu der für *Ihren* gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum* oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für *Ihren* gewählten Tarif pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.

	Silver	Gold	Platinum
	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ bis zu 30 Tage	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £ bis zu 60 Tage	Vollständige Kosten- übernahme bis zu 90 Tage

Wir übernehmen die Kosten für *Rehabilitationsbehandlungen* einschließlich Krankengymnastik, Ergotherapie, Herz- und Lungentherapie, kognitiver Therapie und Logopädie.

Wir zahlen nur für *Rehabilitationsbehandlungen* unmittelbar nach einer *Operation* und/oder einem traumatischen Ereignis. Wenn die *Rehabilitationsbehandlung* in einem *stationären Rehabilitationszentrum* erforderlich ist, übernehmen wir die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Um zu bestimmen, wann die Tagesgrenze erreicht ist, zählen wir jede Übernachtung, während der ein *Anspruchsberechtigter stationär* und/oder *teilstationär behandelt* wird, als einen Tag.

Vorbehaltlich der *Vorabgenehmigung* vor dem Beginn der *Behandlung* zahlen wir eine *Rehabilitationsbehandlung* für mehr Tage als angegeben, wenn eine weitere *Behandlung* aus medizinischer Sicht notwendig ist und von dem behandelnden Facharzt empfohlen wird.

Wichtiger Hinweis:

Wir genehmigen *Rehabilitationsbehandlungen* nur, wenn der behandelnde Facharzt *uns* einen Bericht vorlegt, in dem erläutert wird, wie lange der *Anspruchsberechtigte* im *Krankenhaus* bleiben muss, welche *Diagnose* der *Anspruchsberechtigte* hat und welche *Behandlung* er erhalten hat oder erhalten muss.

Häusliche Pflege

Bis zu der für *Ihren* gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum* oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für *Ihren* gewählten Tarif pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.

	Silver	Gold	Platinum
	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £ bis zu 30 Tage	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ bis zu 60 Tage	Vollständige Kosten- übernahme bis zu 120 Tage

Wir übernehmen die Kosten für die häusliche Krankenpflege nur dann, wenn sie im Haus des *Anspruchsberechtigten* von einer *qualifizierten Pflegekraft* durchgeführt wird und die *medizinisch notwendige* Pflege umfasst, die normalerweise in einem *Krankenhaus* durchgeführt wird. Wir übernehmen keine Kosten für häusliche Krankenpflege, die nur nichtmedizinische Pflege oder persönliche Assistenz umfasst.

Wir übernehmen die Kosten für die häusliche Krankenpflege eines *Anspruchsberechtigten*, wenn:

- sie von einem Facharzt nach einer *stationären* oder *teilstationären Behandlung* empfohlen wird, die durch diese *Versicherung* gedeckt ist;
- sie sofort beginnt, nachdem der *Anspruchsberechtigte* das *Krankenhaus* verlassen hat; und
- sie die Dauer des *Krankenhausaufenthalts* des *Anspruchsberechtigten* verkürzt.

Akupunktur und Chinesische Medizin

Bis zu der für *Ihren* gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum* oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für *Ihren* gewählten Tarif pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.

	Silver	Gold	Platinum
	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	Vollständige Kosten- übernahme

Wir zahlen für Akupunktur und Chinesische Medizin nur, wenn es sich nicht um die primäre *Behandlung* handelt, die der *Anspruchsberechtigte* im *Krankenhaus* erhalten soll.

Der Akupunkteur und der Fachmann der Chinesischen Medizin müssen entsprechend qualifiziert sein und die entsprechende Zulassung in dem Land besitzen, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird.

Palliativmedizin	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>35.000 \$ 25.900 € 23.275 £</p>	<p>60.000 \$ 44.400 € 38.400 £</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für die Palliativpflege, wenn einem <i>Anspruchsberechtigten</i> eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird und seine Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt und keine wirksame <i>Behandlung</i> zur Verfügung steht, die seine Genesung wirkungsvoll unterstützt.</p> <p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Pflege; • <i>Stationäre</i> und <i>teilstationäre</i> Pflege und Unterbringung in einem <i>Krankenhaus</i> oder einem Hospiz; • Verschriebene Medikamente; und • Physische und psychologische Betreuung. 			

Prothesen	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für interne und externe <i>Prothesen</i>, die als Teil der <i>Behandlung</i> eines <i>Anspruchsberechtigten</i> erforderlich sind, vorbehaltlich der unten erläuterten Einschränkungen.</p> <p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine <i>Prothese</i>, die ein notwendiger Teil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach dem <i>chirurgischen Eingriff</i> ist, solange dies aus <i>medizinischer Sicht erforderlich</i> und/oder kurzfristig Teil des Genesungsprozesses ist; • eine externe <i>Erstprothese</i> (jedoch keine Ersatzprothese) für <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 18 Jahren pro <i>Versicherungszeitraum</i>. <p>Bei <i>Anspruchsberechtigten</i> bis zum Alter von 17 Jahren zahlen wir eine externe <i>Erstprothese</i> und bis zu zwei <i>Ersatzprothesen</i> pro <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> während des <i>Versicherungszeitraums</i> eine <i>Ersatzprothese</i> benötigt, verlangen wir einen entsprechenden <i>medizinischen Bericht</i>.</p>			

Krankentransporte vor Ort & per Ambulanzflugzeug	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p>Wenn es <i>medizinisch notwendig</i> ist und mit einer abgedeckten Krankheit in Verbindung steht, zahlen wir den Krankentransport eines <i>Anspruchsberechtigten</i> in einem lokalen Rettungswagen oder einem Ambulanzflugzeug:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vom Ort eines Unfalls oder einer <i>Verletzung</i> in ein <i>Krankenhaus</i>; • von einem <i>Krankenhaus</i> in ein anderes; oder • von zu Hause in ein <i>Krankenhaus</i>. <p>Wichtige Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für eine lokale Luftambulanz nur, wenn dies angemessen ist, wie beispielsweise in einem Hubschrauber, um einen <i>Anspruchsberechtigten</i> über Entfernungen von bis zu 160 Kilometern zu transportieren, wenn dies aus <i>medizinischer Sicht</i> angemessen ist. • Dieser <i>Versicherungsvertrag</i> deckt keine Bergrettungsdienste ab. • Versicherungsschutz für <i>medizinische Evakuierung</i> oder <i>Rückführung</i> ist nur verfügbar, wenn Sie die Option „Internationale Evakuierung und Crisis Assistance Plus™“ ausgewählt haben. Einzelheiten zu dieser Option finden im Kundenleitfaden auf Seite 33. 			

Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung für stationäre und teilstationäre Behandlungen. Für ambulante Behandlungen im Rahmen dieser Leistung ist keine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p> <p>bis zu 30 Tage* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>	<p>10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p> <p>bis zu 60 Tage* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme bis zu 90 Tage* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>

Wir übernehmen die Kosten für:

- Evidenzbasierte und medizinisch notwendige Behandlung, die von einem Arzt empfohlen wird.
- Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung, die von einem Psychologen und/oder Psychiater durchgeführt wird, der nach den Gesetzen des betreffenden Landes als solcher zugelassen ist.

Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Wir übernehmen die Kosten für:

- Medizinische Kosten, einschließlich Arzt- und Kinderarztbesuche im Zusammenhang mit Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), nur auf *ambulanter* Basis, die *evidenzbasiert* und *medizinisch notwendig* sind.
- Beurteilung und diagnostische Tests für Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Vorliegen von Symptomen.
- Verhaltenstherapie, wenn diese gemäß evidenzbasierter *Behandlung medizinisch notwendig* ist.

Wichtige Hinweise:

- Diese Leistung unterliegt dem Selbstbehalt oder der Kostenbeteiligung, den bzw. die Sie in der Basisversicherung, der Internationalen Krankenversicherung, für psychische und verhaltensmedizinische Behandlungen, einschließlich ambulanter Behandlungen für die psychische Gesundheit, gewählt haben.

Wir zahlen nicht für:

- Pädagogische Maßnahmen, Logopädie und Hilfsmittel zur Sprachförderung.
- Medikamente, die auf *ambulanter* Basis im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen verschrieben werden, es sei denn, Sie haben die Option „Internationaler Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen*“ gewählt.

*Tagesgrenze gilt nur für stationäre und teilstationäre Behandlungen.

Behandlungen bei Fettleibigkeit	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, nachdem der Anspruchsberechtigte 24 Monate oder länger versichert war.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Keine Deckung</p>	<p>70 % Erstattung bis zu 20.000 \$ 14.800 € 13.300 £</p>	<p>80 % Erstattung bis zu 25.000 \$ 18.500 € 16.500 £</p>

Wir übernehmen die Kosten für Adipositas-Operationen bei *Anspruchsberechtigten* über 18 Jahren, wenn es dokumentierte Belege dafür gibt, dass alle anderen Methoden der Gewichtsabnahme, insbesondere Abnehmkurse, Ernährungsprogramme, Schlankheitsmittel und Medikamente, in den letzten 24 Monaten erprobt wurden. Bitte beachten Sie, dass wir vor oder nach der *Operation* keine Kosten für Abnehmkurse, Ernährungsprogramme, Schlankheitsmittel und Medikamente übernehmen.

Wichtige Hinweise:

- Der *Anspruchsberechtigte* muss einen Body-Mass-Index (BMI) von 40 oder mehr haben und als krankhaft fettleibig diagnostiziert worden sein; und
- Der *Anspruchsberechtigte* kann dokumentierte Nachweise über andere Methoden der Gewichtsabnahme vorlegen, die in den letzten 24 Monaten erprobt wurden; und
- Der *Anspruchsberechtigte* hat sich einer psychologischen Untersuchung unterzogen, bei der bestätigt wurde, dass dieses Verfahren für ihn angemessen ist

Operationen zur Krebsprävention	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu dem für <i>Ihren</i> gewählten Tarif angegebenen Gesamtbetrag pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> bis zu dem für Ihren gewählten Tarif angegebenen Gesamtbetrag pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte 12 Monate oder länger durch die Police gedeckt ist. Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>70 % Erstattung bis zu 10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p>	<p>80 % Erstattung bis zu 18.000 \$ 13.300 € 12.000 £</p>	<p>90 % Erstattung bis zu 18.000 \$ 13.300 € 12.000 £</p>
<p><i>Wir übernehmen die Kosten für eine präventive Operation, wenn ein Anspruchsberechtigter eine signifikante familiäre Vorgeschichte einer Krankheit hat, die Teil eines erblichen Krebsyndroms ist (wie z.B. Eierstockkrebs), und wenn er sich einer genetischen Untersuchung unterzogen hat, die das Vorliegen eines erblichen Krebsyndroms nachgewiesen hat.</i> <i>Wir zahlen nur dann für den Gentest, wenn der Anspruchsberechtigte im Rahmen der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ Gold oder Platinum versichert ist.</i></p>			

Krebsbehandlungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung sowohl für stationäre und teilstationäre als auch für ambulante Behandlungen.</p>	<p>Vollständige Kosten- übernahme</p>	<p>Vollständige Kosten- übernahme</p>	<p>Vollständige Kosten- übernahme</p>
<p>Nach einer Krebsdiagnose übernehmen wir die Kosten für die Behandlung der Krebserkrankung, wenn die Behandlung von uns als aktive und <i>evidenzbasierte Behandlung</i> angesehen wird. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, diagnostische Tests und Arzneimittel, unabhängig davon, ob der Anspruchsberechtigte über Nacht in einem <i>Krankenhaus</i> bleibt oder teilstationär oder ambulant behandelt wird.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für die genetische Untersuchung nur, wenn der Anspruchsberechtigte im Rahmen der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ Gold oder Platinum versichert ist. Ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung, einschließlich verschriebener Medikamente, sind im Rahmen dieser Leistung, die Bestandteil der Basisversicherung, Ihrer Internationalen Krankenversicherung, ist, abgedeckt und fallen nicht in den Bereich des Moduls „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“. 			

Krebsbedingte Hilfsmittel	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und Lebensdauer für krebsbedingte Hilfsmittel. Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>125 \$ 100 € 85 £</p>	<p>125 \$ 100 € 85 £</p>	<p>125 \$ 100 € 85 £</p>
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> eine <i>Krebsdiagnose</i> erhält, zahlen wir für den Kauf von:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perücken/Stirnbändern für Krebspatient*innen Mastektomie-BHs für Krebspatientinnen 			

Angeborene Erkrankungen	Silver	Gold	Platinum Aktualisiert
<p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>20.000 \$ 14.800 € 13.300 £</p>	<p>50.000 \$ 40.000 € 33.000 £</p>
<p><i>Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Behandlung von angeborenen Erkrankten, die vor dem 18. Geburtstag eines Anspruchsberechtigten aufgetreten sind, unabhängig vom Alter des Anspruchsberechtigten zum Zeitpunkt der Behandlung.</i></p> <p>Wichtige Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Behandlung von <i>angeborenen Erkrankungen</i> nur im Rahmen dieser speziellen Leistung und nicht als Teil einer der anderen aufgeführten Leistungen, es sei denn, die Diagnose wird innerhalb der ersten 90 Tage während der stationären Versorgung eines Neugeborenen (siehe stationäre Leistung für Neugeborene) oder nach dem 18. Geburtstag diagnostiziert. Wird eine <i>angeborene Erkrankung</i> nach dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten diagnostiziert, ist die Behandlung als Teil der <i>stationären bzw. teilstationären Leistungen</i> abgedeckt und nicht im Rahmen dieser speziellen Leistung. 			

Deckung bei notfallbedingten Krankenhauseinweisungen außerhalb des Geltungsbereichs	Silver	Gold	Platinum
<p>Für <i>Anspruchsberechtigte</i>, die keinen <i>weltweiten Versicherungsschutz einschließlich USA</i> haben.</p> <p>Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen <i>Gesamterstattungsgrenze pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum</i> oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen <i>Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>100.000 \$ 75.000 € 65.000 £ (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>	<p>250.000 \$ 200.000 € 162.500 £ (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme (stationäre und teilstationäre Behandlungen)</p>
<p><i>Notfallbehandlungen bei stationärer und teilstationärer Behandlung während kurzer Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres Geltungsbereichs in lebensbedrohlichen Situationen.</i></p>			
<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Der <i>Anspruchsberechtigte</i> darf für die Krankheit, die eine <i>Notfallbehandlung</i> erforderlich macht, vor Antritt der Reise keine <i>Behandlung</i> erhalten haben, keine Symptome gezeigt und keine medizinische Beratung in Anspruch genommen haben.</p> <p>Die Deckung ist begrenzt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Dauer von maximal 21 Tagen pro Reise und • maximal 60 Tage insgesamt pro <i>Versicherungszeitraum</i> für alle Reisen zusammen. <ul style="list-style-type: none"> • Nur wenn im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags die Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ abgeschlossen wurde, sind die <i>Anspruchsberechtigten</i> für ambulante Notfallbehandlungen versichert. Die Deckung unterliegt der jährlichen <i>Gesamtleistungsgrenze</i> und den individuellen Leistungsgrenzen des „Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen“. Bitte beachten Sie, dass dieser Versicherungsschutz zusätzlich zu den in dieser Leistung genannten notfallbedingten Krankenhauseinweisungen außerhalb des Geltungsbereichs (für <i>stationäre</i> und <i>teilstationäre</i> Behandlung) gilt. • Kosten im Zusammenhang mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder Komplikationen bei Schwangerschaft oder Entbindung sind von diesem Versicherungsschutz für die Notfallaufnahme in ein <i>Krankenhaus</i> außerhalb des Geltungsbereichs ausgeschlossen. • Diese Leistung ist nicht anwendbar, wenn Sie die Versicherungsoption „Weltweit einschließlich USA“ gewählt haben. • Wir benötigen einen Nachweis über Ihre Ein- und Ausreise in die bzw. aus den USA. • Diese Option ist nicht verfügbar, wenn Ihr <i>gewöhnlicher Wohnsitz</i> in den USA liegt. • Der Erhalt einer <i>medizinischen Behandlung</i> darf kein Ziel dieser Reise sein. • Eine <i>Notfallbehandlung</i> ist nur dann anwendbar, wenn Sie in dem Land nicht bereits über eine vom Staat vorgesehene Gesundheitsfürsorge verfügen. 			

Globale Telemedizin

Globale Telemedizin mit Teladoc	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der ausgewiesenen <i>Gesamterstattungsgrenze pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>Unbegrenzte Beratungen</p>	<p>Unbegrenzte Beratungen</p>	<p>Unbegrenzte Beratungen</p>
<p>Sie haben bei nicht notfallbedingten Gesundheitsfragen Zugang zu unbegrenzten Beratungen durch einen Arzt per Video und Telefon über die Cigna Wellbeing® App oder über eine Überweisung durch unseren Kundendienst. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung bei nicht notfallbedingten Gesundheitsproblemen – von akuten bis hin zu komplexen chronischen Erkrankungen • Behandlung gesundheitlicher Beschwerden wie Fieber, Hautausschlag und Schmerzen • Kinderärztliche Behandlungen (keine Notfälle) • Vorbereitung auf bevorstehende Arzttermine • Erörterung von Medikationsplänen und möglichen Nebenwirkungen • Verordnungen bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen, sofern <i>medizinisch notwendig</i> und zulässig 			
<p>Bei Bedarf können In-App-Überweisungen an verfügbare Teladoc Global Telehealth-Experten vorgenommen werden. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie <p>Allgemeinärzte können diese Termine bei Global-Telehealth-Fachärzten innerhalb von fünf Tagen nach der ersten Konsultation vereinbaren.</p>			
<p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie können auf die Globale Telemedizin über die Cigna Wellbeing® App zugreifen. Auf Seite 5 erfahren Sie, wie Sie die App herunterladen und sich anmelden können. Klicken Sie auf dem Startbildschirm der App auf das Symbol „Gesundheitsversorgung erhalten“ und wählen Sie dann „Globale Telemedizin“. Nachdem Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzbestimmungen akzeptiert haben, wählen Sie „Sprechstunde vereinbaren“ und entscheiden Sie sich dann für „Telefonsprechstunde“ oder „Videosprechstunde“ und folgen Sie anschließend den weiteren Schritten. • Wenn Sie einen „Rückruf für später anfordern“, ruft Sie der Arzt in der Regel noch am selben Tag zurück, je nach Verfügbarkeit der Sprache. Wenn Sie eine Videosprechstunde anfordern, können Sie den Tag und die Uhrzeit so festlegen, wie es Ihnen am besten passt. Wir empfehlen, die Anwendung 10 Minuten vor dem Termin zu öffnen. • Die Verschreibung von Medikamenten ist nur dann zulässig, wenn der <i>Arzt</i> in dem Staat oder Land, in dem die <i>Versicherung</i> abgeschlossen wurde, zur Verschreibung von Medikamenten zugelassen ist. Sie müssen das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ gewählt haben, um die Leistung für <i>ambulant</i> verschriebene Medikamente und Verbandmittel in Anspruch nehmen zu können. • Wenn Sie einen Selbstbehalt oder eine Kostenbeteiligung für <i>ambulante Behandlungen</i> gewählt haben, müssen Sie, wenn Ihnen Medikamente verschrieben werden, diese selbst zahlen. 			

VERSORGUNG VON ELTERN UND BABY

	Silver	Gold	Platinum
<p>Routinemäßige Schwangerschaftsbetreuung (nur Gold- und Platinum-Tarife)</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigter</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald die Anspruchsberechtigte mindestens 12 Monate gemäß dem Vertrag versichert ist.*</p> <p>Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	Keine Deckung	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<p>Wir übernehmen die Kosten für die folgenden <i>Behandlungen</i> auf <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer</i> Basis, wenn die werdende Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate <i>Anspruchsberechtigte</i> unter diesem <i>Vertrag</i> war*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Krankenhauskosten</i>, Geburtshelfer- und Hebammenhonorare für die routinemäßige Entbindung und • alle Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen. <p>Wir zahlen nicht für Leihmutterchaften oder damit im Zusammenhang stehende <i>Behandlungen</i>. Wir übernehmen keine Kosten für Schwangerschaftsbetreuung oder <i>Behandlungen</i> für eine <i>Anspruchsberechtigte</i>, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als Leihmutter für eine <i>Anspruchsberechtigte</i> fungiert.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>*Für <i>Behandlungen</i>, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn die werdende Mutter mindestens 24 Monate lang ununterbrochen eine <i>Anspruchsberechtigte</i> dieser <i>Versicherung</i> war.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Komplikationen während Schwangerschaft und Entbindung (nur Gold- und Platinum-Tarife)</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigten</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald die Anspruchsberechtigte mindestens 12 Monate gemäß dem Vertrag versichert ist.*</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung sowohl für stationäre und teilstationäre als auch für ambulante Behandlungen.</p>	Keine Deckung	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<p>Wir zahlen <i>stationäre</i> oder <i>ambulante Behandlungen</i> im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung, wenn die Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate eine <i>Anspruchsberechtigte</i> unter diesem <i>Vertrag</i> war*. Hierunter fallen nur Erkrankungen, die eine direkte Folge der Schwangerschaft oder Entbindung sind, darunter Fehlgeburt und ektopische Schwangerschaft.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieser Teil des <i>Vertrags</i> deckt keine Hausgeburten ab. • Wir zahlen nur für einen Kaiserschnitt, wenn er <i>medizinisch notwendig</i> ist. Wenn wir die <i>medizinische Notwendigkeit</i> nicht bestätigen können, zahlen wir nur bis zur Obergrenze der Deckung für die routinemäßigen Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung. <p>Wir zahlen nicht für Leihmutterchaften oder damit im Zusammenhang stehende <i>Behandlungen</i>. Wir übernehmen keine Kosten für die Betreuung von Schwangerschaft und Entbindung oder <i>Behandlungen</i> für eine <i>Anspruchsberechtigte</i>, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als Leihmutter für eine <i>Anspruchsberechtigte</i> fungiert.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>*Für <i>Behandlungen</i>, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn die werdende Mutter mindestens 24 Monate lang ununterbrochen eine <i>Anspruchsberechtigte</i> dieser <i>Versicherung</i> war.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Hausgeburten (nur Gold- und Platinum-Tarife)</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald die Anspruchsberechtigte mindestens 12 Monate gemäß dem Vertrag versichert ist.*</p> <p>Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	Keine Deckung	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<p>Wir zahlen Honorare für Hebammen und Fachärzte im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die werdende Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate eine <i>Anspruchsberechtigte</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> war*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte beachten Sie, dass der oben erklärte Versicherungsschutz für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen keine Hausgeburten abdeckt. Dies bedeutet, dass Kosten durch Komplikationen, die im Zusammenhang mit Hausgeburten entstehen, nur bis zu den in der Leistungsübersicht enthaltenen Grenzen für Hausgeburten bezahlt werden. <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>*Für <i>Behandlungen</i>, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn die werdende Mutter mindestens 24 Monate lang ununterbrochen eine <i>Anspruchsberechtigte</i> dieser <i>Versicherung</i> war.</p>			

Versorgung von Neugeborenen	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen ausgewählten Tarifs innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt pro <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald ein Elternteil mindestens 12 Monate durch den Versicherungsvertrag gedeckt ist.*</p> <p>Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>25.000 \$</p> <p>18.500 €</p> <p>16.500 £</p>	<p>75.000 \$</p> <p>55.500 €</p> <p>48.000 £</p>	<p>156.000 \$</p> <p>122.000 €</p> <p>100.000 £</p>

Damit ein Neugeborenes versorgt oder behandelt werden kann, muss es zunächst neben dem Versicherungsnehmer in den Vertrag aufgenommen werden, was mit einer zusätzlichen Prämie verbunden ist. Nachstehend finden Sie die Zulassungsvoraussetzungen für die Aufnahme eines Neugeborenen.

Sobald das Neugeborene in den Vertrag aufgenommen wurde, zahlen wir für

- bis zu 10 Tage die Routineversorgung für das Baby nach der Geburt und
- alle *stationären und teilstationären* Behandlungen, die das Baby in den ersten 90 Tagen nach der Geburt benötigt, anstelle jeder anderen *stationären und teilstationären* Leistung.

Wichtige Hinweise:

Aufnahme des Neugeborenen in den Vertrag:

- Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Kindes gemäß diesem Vertrag versichert war*, benötigen wir keine Informationen über den Gesundheitszustand des Neugeborenen und keine medizinischen Untersuchungen, um es in den Vertrag aufzunehmen, sofern das *Antragsformular* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt bei uns eingeht. Wenn jedoch ein *Antrag* mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei uns eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.
- Wenn kein Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen gemäß diesem Vertrag versichert war*, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. Anschließend können Sie einen *Antrag* auf Aufnahme des Neugeborenen in den Vertrag einreichen. Wenn das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden muss, teilen wir Ihnen anschließend mit, ob wir das Neugeborene versichern werden, und informieren Sie gegebenenfalls über alle geltenden Sonderbedingungen und Ausschlüsse. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren.
- Kinder, die von einer Leihmutter geboren oder adoptiert wurden, können durch diese Versicherungsleistung abgedeckt sein, unterliegen jedoch unabhängig von der Dauer des Versicherungsschutzes durch einen der Elternteile gemäß diesem Vertrag einer medizinischen Risikoprüfung. Nach Ausfüllen eines medizinischen Gesundheitsfragebogens teilen wir Ihnen mit, ob wir für das Neugeborene Versicherungsschutz gewähren und, falls ja, welche besonderen Bedingungen und Ausschlüsse gelten würden. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren.

Alle erforderlichen Behandlungen aufgrund von *angeborenen Erkrankungen* bei einem Neugeborenen werden im Rahmen dieser Leistung für die ersten 90 Tage nach der Geburt gemäß den Bedingungen dieser Leistung übernommen. Wenn die angeborene Erkrankung des Neugeborenen nach den ersten 90 Tagen nach der Geburt diagnostiziert wird, erfolgen Behandlungen im Zusammenhang mit dieser *angeborenen Erkrankung* im Rahmen der Leistung „Angeborene Erkrankungen“, wie auf Seite 23 beschrieben und unterliegen den Bedingungen für die Aufnahme des Neugeborenen in den *Versicherungsvertrag*, wie oben beschrieben.

*Für *Behandlungen*, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn ein Elternteil mindestens 24 Monate lang ununterbrochen ein/e *Anspruchsberechtigte/r* dieser *Versicherung* war.

Ihre Optionen für Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Selbstbehalt	0 \$	0 €	0 £
<p>Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Ansprüche durch Ihren Versicherungstarif gedeckt sind.</p>	375 \$	275 €	250 £
	750 \$	550 €	500 £
	1.500 \$	1.100 €	1.000 £
	3.000 \$	2.200 €	2.000 £
	7.500 \$	5.500 €	5.000 £
	10.000 \$	7.400 €	6.650 £

Kostenbeteiligung nach Abzug der Selbstbeteiligung	Wählen Sie zunächst den Prozentsatz Ihrer Selbstbeteiligung: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %
<p>Die <i>Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil eines Erstattungsantrags, der nicht von Ihrem Versicherungstarif übernommen wird.</p>	

Zuzahlungshöchstbetrag	Wählen Sie anschließend Ihren Zuzahlungshöchstbetrag:
<p>Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i>, den Sie innerhalb eines <i>Versicherungszeitraums</i> entrichten müssen.</p> <p>Die Höhe der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung der <i>Selbstbeteiligung</i> berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, werden dem <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> angerechnet.</p>	<p>2.000 \$</p> <p>1.480 €</p> <p>1.330 £</p> <p>oder</p> <p>5.000 \$</p> <p>3.700 €</p> <p>3.325 £</p>

Auf den folgenden Seiten werden die möglicherweise von Ihnen als Ergänzung Ihrer Basisdeckung, der Internationalen Krankenversicherung, gewählten optionalen Leistungen erläutert.



Werfen Sie einen Blick auf Ihre Versicherungsbescheinigung, um sich zu vergewissern, welchen Versicherungsschutz Sie genau gewählt haben.

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Optionales Modul

Das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ bietet eine umfassendere ambulante Betreuung, wenn eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nicht erforderlich ist, einschließlich der Konsultationen mit Fachärzten, verschriebener Medikamente und Verbandsmaterialien für ambulante Behandlungen, Rehabilitation, genetischer Krebsuntersuchungen und vieles mehr.

Gemäß unserer Definition bezeichnet ambulante Behandlungen in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder einer Tagesklinik, bei denen der Patient weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

Für die meisten Leistungen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen benötigen Sie keine Vorabgenehmigung. Für die folgenden ambulanten Leistungen ist jedoch eine Vorabgenehmigung erforderlich:

- Genetische Krebsuntersuchungen
- Untersuchungen und Behandlung von Unfruchtbarkeit
- Physiotherapeutische, chiropraktische und osteopathische Behandlungen, wenn Sie mehr als 10 Behandlungen in Anspruch genommen haben (Hinweis: Für die ersten 10 Behandlungen aufgrund einer ärztlichen Überweisung ist keine Vorabgenehmigung erforderlich).

Für alle anderen Behandlungen im Rahmen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen müssen Sie uns nicht für eine Vorabgenehmigung kontaktieren.

Wenn Sie die erforderliche Vorabgenehmigung nicht einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.

Jährliches Gesamtleistungsmaximum - pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum	Silver	Gold	Platinum
	Darin eingeschlossen sind Erstattungen, die in allen Bereichen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlung gezahlt werden.	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £

Sprechstunden bei Ärzten und Fachärzten	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungs Grenze pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £

- Wir zahlen für Konsultationen oder Besuche bei einem Arzt, die notwendig sind, um eine Krankheit zu diagnostizieren oder eine Behandlung zu vereinbaren oder zu erhalten.
- Wir übernehmen die Kosten für nicht-chirurgische Behandlungen auf ambulanter Basis, die von einem Facharzt als medizinisch notwendig empfohlen werden.

Telemedizinische Beratungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für Ihren gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kosten- übernahme
<p>Wenn möglich, sollten telemedizinische Beratungen über die Cigna Wellbeing® App oder über den Kundendienst mit Teladoc in Anspruch genommen werden. Wenn virtuelle Konsultationen nicht über Teladoc verfügbar sind, übernehmen wir die Kosten für Video- und Telefonkonsultationen mit einem Arzt oder Facharzt, um die Beurteilung, Diagnose, Behandlung, Aufklärung und das Pflegemanagement eines <i>Anspruchsberechtigten</i> durch einen Gesundheitsdienstleister zu erleichtern.</p> <p>Telemedizinische Beratungen mit einem Gesundheitsdienstleister sind beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 erste Beratung; und • 2 Folgetermine <p>Alle weiteren Termine unterliegen einer <i>Vorabgenehmigung</i> und erfordern einen <i>medizinischen Bericht</i>, der vom behandelnden Arzt vorgelegt werden muss. Der medizinische Bericht sollte Folgendes enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung des Gesundheitszustands • <i>Behandlungsziel</i> • <i>Behandlungsplan</i> und geschätzte Anzahl der noch erforderlichen Termine. <p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten für Telemedizin dürfen nicht höher sein als die Kosten für eine gleichwertige persönliche Beratung. Ausgaben, die als übermäßig, unangemessen oder ungewöhnlich erachtet werden, werden nicht übernommen oder die Höhe der gezahlten Leistung wird gekürzt. • Diese Leistung wird bis zum kombinierten Höchstbetrag der Leistungen für Konsultationen bei Ärzten und Fachärzten gezahlt. 			

Verordnete Medikamente und Verbandmittel	Silver	Gold Aktualisiert	Platinum
<p>Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für Ihren gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	4.500 \$ 3.300 € 3.000 £	Vollständige Kosten- übernahme
<p>Wir zahlen für verschriebene Medikamente und Verbandsmaterialien, wenn diese von einem Arzt auf <i>ambulanter</i> Basis verordnet werden.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>Medikamente, die von einem Arzt in den USA verschrieben und/oder von einer Apotheke in den USA geliefert werden, unterliegen unserer <i>Liste verschreibungspflichtiger Arzneimittel</i>.</p>			

Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer erweiterte bildgebende Verfahren)	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für Ihren gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kosten- übernahme
<p>Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem Facharzt als Teil der <i>ambulant</i>en Behandlung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut- und Urinuntersuchungen; • Röntgenaufnahmen; • Ultraschall-Untersuchungen; • Elektrokardiogramme (EKG) und • Andere diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte bildgebende Verfahren). <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>Wir übernehmen die Kosten im Rahmen dieser Leistung für <i>medizinisch notwendige</i> Untersuchungen, die <i>ambulant</i> bei Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt werden. Diese ambulanten diagnostischen Tests fallen nicht unter den Versicherungsschutz für die stationäre Behandlung von Pandemien, Epidemien und Ausbrüchen von Infektionskrankheiten.</p>			

Ambulante Rehabilitation	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.*</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p>	<p>Vollständige Kosten- übernahme</p>

Wir übernehmen die Kosten für:

- *Ambulante* Physiotherapie;
- *Ambulante* Ergotherapie;
- Osteopathie und chiropraktische *Behandlung*;
- Logopädie und
- Kardiologische und pulmonale *Rehabilitation*.

Wichtige Hinweise:

Ambulante Physiotherapie, Osteopathie und chiropraktische Behandlung:

Wir übernehmen die Kosten für diese *Behandlungen*, wenn sie *medizinisch notwendig* und restaurativ sind und Ihnen helfen, Ihre normalen täglichen Aktivitäten auszuführen. Die *Behandlung* muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird. Dies schließt jegliche sportmedizinische *Behandlung* aus.

* Für die Fortsetzung dieser *ambulanten Behandlungen* nach den ersten 10 Sitzungen ist eine *Vorabgenehmigung* erforderlich, die von unserem klinischen Team auf der Grundlage der medizinischen Notwendigkeit geprüft wird.

Sprachtherapeutische Behandlung:

Wir übernehmen die Kosten für restaurative Logopädie, wenn diese unmittelbar nach einer *Behandlung* notwendig ist, die durch diesen *Versicherungsvertrag* abgedeckt ist (zum Beispiel im Rahmen der Nachsorge nach einem Schlaganfall eines *Anspruchsberechtigten*) und von einem Facharzt bestätigt wird, dass sie aus *medizinischer* Sicht kurzfristig *notwendig* ist.

Schwangerschaftsvor- und -nachsorge (nur Gold- und Platinum-Tarife)	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald die Anspruchsberechtigten mindestens 12 Monate gemäß Vertrag versichert ist.*</p>	<p>Keine Deckung</p>	<p>3.500 \$ 2.750 € 2.250 £</p>	<p>7.000 \$ 5.500 € 4.500 £</p>

- Wir zahlen für *medizinische notwendige* Schwangerschaftsvor- und nachsorge auf *ambulanter* Basis, wenn die Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate *Anspruchsberechtigte* für diese zusätzliche Leistung des Internationalen Versicherungsschutzes für *ambulante Behandlungen* war.*

- Beispiele für Schwangerschaftsvor- und nachsorge und Tests sind:

- Routinemäßige Geburtshelfer- und Hebammenhonorare;
- Alle planmäßigen Ultraschall- und sonstigen Untersuchungen;
- Verschreibungspflichtige Medikamente, Arzneimittel und Verbandmittel;
- Gegebenenfalls routinemäßige pränatale Blutuntersuchungen;
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionzottenbiopsie (auch unter dem Synonym Chorionbiopsie bekannt) und
- Nicht-invasive pränatale Tests (NIPT) für Hochrisiko-Patientinnen.

Nachsorgebehandlungen:

- Kosten, einschließlich der verschriebenen Medikamente und Verbandsmaterialien, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen.

Wichtiger Hinweis:

*Für *Anspruchsberechtigte* mit gewöhnlichem Wohnsitz in Hongkong oder Singapur ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn die Mutter mindestens 24 Monate lang ununterbrochen eine *Anspruchsberechtigte* dieser *Versicherung* war.

	Silver	Gold	Platinum
Untersuchungen und Behandlung von Unfruchtbarkeit Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Anspruchsberechtigtem und Lebenszeit. Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte 24 Monate oder länger für diese Option versichert war. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	Keine Deckung	Keine Deckung	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £

Wir übernehmen die Kosten für die Untersuchung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn ein Facharzt eine medizinische Ursache ausschließt und der/die Anspruchsberechtigte bei Abschluss des Vertrags keine Kenntnis über das Unfruchtbarkeitsproblem hatte und an keinerlei Symptomen litt.

Falls erforderlich, zahlen wir maximal 4 Versuche für die Behandlung der Unfruchtbarkeit bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Laufzeit des Versicherungsvertrags. Diese Leistung ist für Anspruchsberechtigte bis zum Alter von 41 Jahren verfügbar.

Für alle Unfruchtbarkeitsuntersuchungen und Behandlungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.

Wir übernehmen keine Kosten für Untersuchungen oder Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit für Personen, die als Leihmutter für eine/n Anspruchsberechtigte/n fungieren.

Wichtige Hinweise:

- Für alle Unfruchtbarkeitsuntersuchungen und Behandlungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Wenn Sie die erforderliche Vorabgenehmigung nicht bei uns einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen, und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.
- Wir übernehmen keine Kosten für Untersuchungen oder Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit für Personen, die als Leihmutter für eine/n Anspruchsberechtigte/n fungieren.

	Silver	Gold	Platinum
Hormonersatztherapie (HRT) Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum.	250 \$ 185 € 165 £	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £

Wir übernehmen die Kosten einer Hormonersatztherapie, wenn sie *medizinisch notwendig* ist, um Wechseljahresbeschwerden zu behandeln.

	Silver	Gold	Platinum
Schlafapnoe Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum.	Keine Deckung	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £

Nach einer Überweisung durch Ihren Arzt bezahlen wir eine Schlafstudie oder einen Schlaftest zu Hause, um festzustellen, ob Sie an Schlafapnoe leiden.

Wenn festgestellt wurde, dass ein Anspruchsberechtigter an Schlafapnoe leidet, zahlen wir die Miete eines CPAP-Geräts (Kontinuierlicher Positiver Atemwegsdruck) oder ggf. anderer oraler Geräte.

Wenn der Anspruchsberechtigte über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 12 Monaten im Rahmen dieser Option versichert ist und die Miete eines CPAP-Geräts für den Anspruchsberechtigten nicht verfügbar ist, übernehmen wir, sofern *medizinisch notwendig*, die Kosten für den Kauf eines CPAP-Geräts bis zur Gesamterstattungsgrenze dieser Leistung für den von Ihnen gewählten Tarif.

Wenn es aus medizinischen Gründen angezeigt ist, werden wir die Operation bezahlen.

	Silver	Gold	Platinum
Genetische Krebsuntersuchungen Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Anspruchsberechtigtem und Lebenszeit. Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte 12 Monate oder länger für diese Option versichert war. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	Keine Deckung	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	4.000 \$ 2.950 € 2.650 £

Wir übernehmen die Kosten für einen genetischen Test für Anspruchsberechtigte mit einem erhöhten Krebsrisiko, wenn dies *medizinisch notwendig* ist und medizinisch nachweisbar ist.

Wichtiger Hinweis:

- Für alle genetischen Krebsuntersuchungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich. Wenn Sie die erforderliche Vorabgenehmigung nicht einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.

Akupunktur und Chinesische Medizin	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £
Wir übernehmen die Kosten für insgesamt maximal 15 Besuche bei einem Akupunkteur und einem Arzt für chinesische Medizin, wenn diese <i>Behandlungen</i> von einem Arzt empfohlen werden. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird.			

Langlebige medizinische Geräte	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> ausgewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für die Verwendung medizinischer Geräte, wenn deren Einsatz von einem Facharzt empfohlen wird, um die durch diese <i>Versicherung</i> gedeckte <i>Behandlung</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> zu unterstützen. Wir zahlen nur für medizinische Geräte pro <i>Versicherungszeitraum</i> , die: <ul style="list-style-type: none"> keine Einwegartikel sind, sondern mehrfach verwendet werden können; einem medizinischen Zweck dienen; für die Verwendung zu Hause geeignet sind und so beschaffen sind, dass sie normalerweise nur von einer Person verwendet werden, die an den Folgen einer Krankheit, eines Leidens oder einer <i>Verletzung</i> leidet. 			

Hörgeräte	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £
Wir übernehmen die Kosten für ein Hörgerät pro <i>Versicherungszeitraum</i> , das medizinisch notwendig ist und zur Unterstützung des täglichen Lebens verschrieben wird. Dies umfasst nur den Kauf eines Original-Hörgeräts und schließt kein Ersatzpaar innerhalb desselben <i>Versicherungszeitraums</i> ein, falls das Originalpaar beschädigt wird oder verloren geht.			

Impfung Erwachsener	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	250 \$ 185 € 165 £	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Immunisierungen, die aus klinischer Sicht angemessen sind.			

Zahnbehandlung nach Unfällen	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	1.000 \$ 740 € 665 £	Vollständige Kostenübernahme
Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> als Folge von Verletzungen, die er durch einen Unfall erlitten hat, eine zahnärztliche <i>Behandlung</i> benötigt, übernehmen wir die Kosten für <i>ambulante zahnärztliche Behandlungen</i> für alle gesunden natürlichen Zähne, die durch den Unfall beschädigt oder in Mitleidenschaft gezogen wurden, sofern die <i>Behandlung</i> unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall abgeschlossen ist. Um diese <i>Behandlung</i> genehmigen zu können, benötigen wir eine Bestätigung des behandelnden <i>Zahnarztes</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> über: <ul style="list-style-type: none"> das Datum des Unfalls und die Tatsache, dass es sich bei dem Zahn/den Zähnen, der/die Gegenstand der vorgeschlagenen <i>Behandlung</i> ist/sind, um einen gesunden natürlichen Zahn/Zähne handelt. Wir übernehmen die Kosten für diese <i>Behandlung</i> anstelle anderer zahnärztlicher <i>Behandlungen</i> , auf die der <i>Anspruchsberechtigte</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem oder mehreren Zähnen <i>behandelt</i> werden muss. Wir übernehmen im Rahmen dieses Teils des <i>Vertrags</i> keine Kosten für die Reparatur oder Bereitstellung von Zahnimplantaten, Kronen oder Zahnprothesen.			

Gesundheit & Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Wir zahlen für Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche in <i>angemessenen Altersabständen</i>, die von einem Arzt für folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnese; körperliche Untersuchungen; Untersuchung des Entwicklungsstandes; präventive Beratung und geeignete Impfungen, Immunisierungen und Labortests. <p>Wichtige Hinweise: Ärztliche Konsultationen zur psychischen Gesundheit bei einem Psychiater oder Psychologen sind durch die Leistung Psychische Gesundheit und Verhaltenstherapie der Internationalen Krankenversicherung abgedeckt. Außerdem übernehmen <i>wir</i> die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> eine Gesundheitskontrolle zur Einschulung, um Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind zum Tag der Einschulung zu prüfen. ein Screening auf diabetische Retinopathie bei Kindern mit Diabetes. 			

Gesundheitsversorgung 60+	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von <i>Ihnen</i> gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> mindestens 60 Jahre alt ist oder innerhalb des <i>Versicherungszeitraums</i> 60 Jahre alt wird und wie im medizinischen Fragebogen dargelegt an einer der folgenden Krankheiten leidet (bei der es sich gemäß <i>Ihrer Versicherungsbescheinigung</i> um einen speziellen Ausschlussgrund handelt), übernehmen wir die Kosten für <i>medizinisch notwendige ambulante Behandlungen</i> in Verbindung mit der aufgrund dieser Krankheit erforderlichen Gesundheitsversorgung: Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Glaukom, Arthritis, Gelenk- oder Rückenschmerzen, Osteoporose/Osteopenie.</p> <p>Wichtige Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie bei der <i>Antragstellung</i> die Option gewählt haben, eine der oben aufgeführten Krankheiten gegen eine Sonderzahlung in die Versicherungsdeckung aufnehmen zu lassen und die Krankheit damit umfassend auf <i>stationärer</i> und <i>ambulanter</i> Basis (sofern der Internationale Versicherungsschutz für <i>ambulante Behandlungen</i> gewählt wurde) versichert ist, ist diese Leistung nicht anwendbar. Beispiele für <i>medizinisch notwendige Behandlungen</i> und Tests sind unter anderem: Beratungen mit Ärzten, verschriebene Medikamente und Verbandmaterial, Pathologie und Radiologie, <i>ambulante Rehabilitation</i> sowie Akupunktur und Chinesische Medizin. Bitte beachten Sie, dass diese Leistung erweiterte bildgebende Verfahren ausschließt. Sie haben Anspruch auf Versicherungsschutz in Bezug auf diese Krankheit(en) (jedoch keine aus diesen Krankheiten resultierenden Erkrankungen, Symptome oder Komplikationen) auf <i>ambulanter</i> Basis, bis zu den aufgeführten Höchstbeträgen pro <i>Versicherungszeitraum</i>. Die Leistung unterliegt den <i>Kostenbeteiligungen</i> oder <i>Selbstbehalten</i>, die in Ihrem Vertrag ausgewählt wurden. 			

Ihre Optionen für Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Selbstbehalt	0 \$	0 €	0 £
	Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Ansprüche durch <i>Ihren</i> Versicherungstarif gedeckt sind.	150 \$ 500 \$ 1.000 \$ 1.500 \$	110 € 370 € 700 € 1.100 €

Kostenbeteiligung nach Abzug der Selbstbeteiligung
Die <i>Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil eines Erstattungsantrags, der nicht von <i>Ihrem</i> Versicherungstarif übernommen wird.
<p>Wählen Sie zunächst den Prozentsatz Ihrer Kostenbeteiligung: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p>

Zuzahlungshöchstbetrag
Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i> , den Sie innerhalb eines <i>Versicherungszeitraums</i> entrichten müssen.
Die Höhe der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung des <i>Selbstbehalts</i> berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, werden dem <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> angerechnet.
<p>Wählen Sie anschließend Ihren Zuzahlungshöchstbetrag: 3.000 \$ 2.200 € 2.000 £</p>

Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung und Crisis Assistance Plus™

Optionales Modul

Unser Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung deckt die angemessenen Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab, wenn in einem Notfall eine *Behandlung* vor Ort nicht möglich ist. Diese Option umfasst die Kosten für eine medizinische Rückführung aufgrund einer *schweren* Krankheit oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer *Operation* sowie Krankenbesuche für einen Elternteil, einen *Ehegatten*, einen Partner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind bei einem *Anspruchsberechtigten* nach einem Unfall oder einer unerwarteten Krankheit, wenn noch keine Evakuierung oder Rückführung des *Anspruchsberechtigten* stattgefunden hat.

Ein beruhigendes Gefühl der Sicherheit für *Sie* und *Ihre* Familie, insbesondere bei weltweiten Reisen, ist *uns* sehr wichtig. Diese Option umfasst nicht nur den Versicherungsschutz für medizinische Evakuierungen, sondern auch das Programm Crisis Assistance Plus™, das für den Fall eines Reise- oder Sicherheitsrisikos, während *Sie* und *Ihre* Familie weltweit auf Reisen sind, rund um die Uhr zeitnahe Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort bietet.

INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG

Jährliches Gesamtleistungsmaximum des Internationalen Versicherungsschutzes für medizinische Evakuierung - pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Medizinische Evakuierung	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum, wenn die vom *Anspruchsberechtigten* benötigte *Behandlung* vor Ort nicht erhältlich ist.

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* eine *Notfallbehandlung* benötigt, übernehmen *wir* die Kosten für den Krankentransport:

- um ihn zum nächstgelegenen *Krankenhaus* zu bringen, in dem die notwendige *Behandlung* verfügbar ist (auch wenn dieses in einem anderen Teil des Landes oder in einem anderen Land liegt) und
- um ihn an den Ort zurückzubringen, von dem er evakuiert wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner *Behandlung* statt.

Für die Rückreise zahlen *wir*:

- den Preis eines Flugtickets für die Economy Class oder
- angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.

Wir kommen für Taxifahrten nur auf, wenn:

- es aus medizinischer Sicht für den *Anspruchsberechtigten* vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einem Krankenwagen zum Flughafen zu fahren und
- die Genehmigung im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* eingeholt wird.

Wir zahlen für die Evakuierung (jedoch nicht für die Rückführung), wenn der *Anspruchsberechtigte* diagnostische Tests oder eine *Krebsbehandlung* (wie Chemotherapie) benötigt, sofern die Evakuierung nach Ansicht *unseres medizinischen Assistenzdienstes* unter den Umständen angemessen und *medizinisch notwendig* ist.

Wir übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Evakuierung (wie Unterbringungskosten).

Wichtige Hinweise:

- Wenn *Sie* für eine *Nachbehandlung* in das *Krankenhaus* zurückkehren müssen, in das *Sie* evakuiert wurden, kommen *wir* nicht für Reise oder Verpflegung auf.
- Für den Fall, dass Evakuierungsdienste nicht von *uns* organisiert werden, behalten *wir* uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.

	Silver	Gold	Platinum
Medizinische Rückführung	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> aufgrund einer schweren Krankheit oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer <i>Operation</i> eine medizinische Rückführung benötigt, übernehmen <i>wir</i> die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Rückkehr in das <i>Land des gewöhnlichen Aufenthalts</i> oder das <i>Land der Staatsangehörigkeit</i> und • für seine Rückkehr an den Ort, an dem er abgeholt wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss der <i>Behandlung</i> statt. <p>Die oben genannte Reise muss im Voraus von <i>unserem medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden und: Alle Transportkosten müssen angemessen und üblich sein.</p> <p>Für die Rückreise zahlen <i>wir</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Preis eines Flugtickets für die Economy Class oder • angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind. <p><i>Wir</i> kommen für Taxifahrten nur auf, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es aus medizinischer Sicht für den <i>Anspruchsberechtigten</i> vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einem Krankenwagen zum Flughafen zu fahren und • die Genehmigung im Voraus vom <i>medizinischen Assistenzdienst</i> eingeholt wird. <p><i>Wir</i> übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Rückführung (wie Unterbringungskosten).</p> <p>Wichtige Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn <i>Sie</i> für eine <i>Nachbehandlung</i> in das <i>Krankenhaus</i> zurückkehren müssen, in das <i>Sie</i> rückgeführt wurden, kommen <i>wir</i> nicht für Reise oder Verpflegung auf. • Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> den <i>medizinischen Assistenzdienst</i> kontaktiert, um eine <i>Vorabgenehmigung</i> für eine Rückführung einzuholen, der <i>medizinische Assistenzdienst</i> die Rückführung jedoch nicht als medizinisch sinnvoll erachtet, arrangieren <i>wir</i> möglicherweise die Evakuierung des <i>Anspruchsberechtigten</i> zum nächstgelegenen <i>Krankenhaus</i>, in dem die notwendige <i>Behandlung</i> erhältlich ist. <i>Wir</i> führen den <i>Anspruchsberechtigten</i> dann in das angegebene <i>Land der Staatsangehörigkeit</i> oder <i>Land des gewöhnlichen Aufenthalts</i> zurück, sobald sein Zustand stabil und dies medizinisch sinnvoll ist. • Für den Fall, dass Rückführungsdienste nicht von <i>uns</i> organisiert werden, behalten <i>wir</i> uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen. 			

	Silver	Gold	Platinum
Rückführung sterblicher Überreste	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Stirbt ein <i>Anspruchsberechtigter</i> während des <i>Versicherungszeitraums</i> außerhalb seines <i>Landes des gewöhnlichen Aufenthalts</i>, veranlasst der <i>medizinische Assistenzdienst</i>, vorbehaltlich der Anforderungen und Einschränkungen der Fluggesellschaften, dass seine sterblichen Überreste so bald wie in vernünftiger Weise durchführbar in sein <i>Land des gewöhnlichen Aufenthalts</i> oder <i>Land der Staatsangehörigkeit</i> zurückgeführt werden.</p> <p><i>Wir</i> übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit der Beerdigung oder der Einäscherung oder Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des <i>Anspruchsberechtigten</i> abholt oder begleitet.</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für den Fall, dass Rückführungsdienste nicht von <i>uns</i> organisiert werden, behalten <i>wir</i> uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen. 			

Reisekosten für eine Begleitperson	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> ein Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester, ein Kind, einen <i>Ehegatten</i> oder Partner als Begleitperson auf seiner Reise im Zusammenhang mit einer medizinischen Evakuierung oder Rückführung benötigt, weil er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfe beim Einsteigen in ein oder Aussteigen aus einem Flugzeug oder einem anderen Fahrzeug benötigt; • 1.600 km oder mehr zurücklegt; • äußerst beunruhigt oder verunsichert ist und nicht von einer Pflegekraft oder einem Sanitäter oder anderem medizinischen Begleitpersonal begleitet wird; oder • sehr schwer krank oder schwer verletzt ist; <p><i>zahlen wir</i> für seine Begleitung durch einen Verwandten oder Partner. Die Reisen (dies bedeutet eine Hin- und eine Rückreise) müssen im Voraus vom <i>medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der <i>Behandlung</i> stattfinden.</p> <p><i>Wir</i> übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Preis eines Flugtickets für die Economy Class oder • angemessene Reisekosten zu Land oder See, <p>je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.</p> <p>Wenn es aufgrund medizinischer Bedürfnisse des <i>Anspruchsberechtigten</i> angemessen ist, kann das Familienmitglied oder der Partner, das/der den Anspruchsberechtigten begleitet, in einer anderen Klasse reisen.</p> <p>Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> <i>medizinisch notwendig</i> ist und der Anspruchsberechtigte von seinem <i>Ehepartner</i> oder Partner begleitet wird, zahlen <i>wir</i> auch angemessene Reisekosten für alle Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren, die ansonsten ohne Elternteil oder Erziehungsberechtigten zurückbleiben würden.</p> <p>Wichtige Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> zahlen nicht für die Begleitung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung in der <i>ambulanten Behandlung</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> bestand. • <i>Wir</i> übernehmen keine anderen Reisekosten für Dritte wie Unterbringung oder Transport vor Ort. 			

Wenn Sie diese Option in Ihrem Vertrag aufgenommen haben, gelten für Sie außerdem die folgenden Bestimmungen in Bezug auf Krankenbesuche durch unmittelbare Familienangehörige.

Besuch durch Angehörige – Reisekosten	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu maximal 5 Fahrten pro Vertragslaufzeit bis zur ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> .	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Besuch durch Angehörige – Lebenshaltungskosten	Silver	Gold	Platinum
	Bis zur ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Tag für jeden Besuch für maximal 10 Tage pro Besuch.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p><i>Wir</i> zahlen für jeden <i>Anspruchsberechtigten</i> bis zu 5 Krankenbesuche pro Versicherungsdauer. Krankenbesuche müssen im Voraus von unserem <i>medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden.</p> <p><i>Wir</i> zahlen für einen Elternteil, einen Lebenspartner, einen <i>Ehepartner</i>, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Kosten einer Hin- und Rückreise in der Economy Class, um einen <i>Anspruchsberechtigten</i> nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> sich in einem anderen Land befindet und voraussichtlich 5 oder mehr Tage im Krankenhaus bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare Krankheit mit kurzfristigem tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde.</p> <p><i>Wir</i> kommen außerdem für die Lebenshaltungskosten für ein Familienmitglied während eines Krankenbesuchs für bis zu 10 Tage pro Besuch auf, während er oder sie sich außerhalb des <i>Landes des gewöhnlichen Aufenthalts</i> aufhält, bis zu den in der Leistungsübersicht angegebenen Grenzen (vorbehaltlich einer Vorlage der Belege über die entstandenen Kosten).</p> <p>Wichtiger Hinweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Im Falle einer Evakuierung oder Rückführung des Anspruchsberechtigten</i> kommen <i>wir</i> nicht für einen Krankenbesuch auf. Findet während eines Krankenbesuchs eine Evakuierung oder Rückführung statt, übernehmen <i>wir</i> keine weiteren Transportkosten für Dritte. 			

CRISIS ASSISTANCE PLUS™ PROGRAMM

Dieses Programm wird von Experten für globale Krisenhilfe FocusPoint International® angeboten, die Reisende weltweit rund um die Uhr mit mehrsprachigen Einsatzzentralen und Ressourcen in über 100 Ländern unterstützen. Crisis Assistance Plus™ (CAP) bietet zeitnahe Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort für zehn unterschiedliche Risiken, mit denen die *Anspruchsberechtigten* auf ihren Reisen konfrontiert sein könnten:

- Terrorismus
- Pandemie
- Politische Bedrohungen
- Naturkatastrophen
- Erpressung oder Schutzgelderpressung
- Gewaltverbrechen
- Verschwinden von Personen
- Raubüberfälle
- Erpresserische Entführungen
- Unrechtmäßige Verhaftungen

Das Programm bietet *Anspruchsberechtigten* bei Bedarf rund um die Uhr Zugang zu den globalen Hilfszentren von FocusPoint International für Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort. Je nach Situation bietet das Programm folgende Leistungen:

- Soforteinsatzteams und eigene CAP-Manager, die innerhalb von 24 Stunden weltweit eingesetzt werden;
- Erfahrenes Sicherheitspersonal für die Rettung vor Ort, die Bereitstellung von Schutzräumen und die Evakuierung vom Krisenort;
- Auf nationaler Ebene anerkannte Krisenkommunikationsteams;
- Sehr erfahrene Spezialisten für erpresserische Entführung und das Verhalten bei Erpressungen;
- Notfall-Nachrichtenübermittlung an Familienmitglieder oder Arbeitgeber;
- Punktuelle Informationen über geografische Bedrohungen und
- Zugang zur privaten Luftflotte, wobei die Flugzeuge innerhalb von 60 Minuten startklar sind.

Wichtige Hinweise:

- FocusPoint International® stellt Hilfe in Krisensituationen für maximal zwei „physische Vorfälle“ pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum* bereit. Das Programm bietet während des *Versicherungszeitraums* unbegrenzten Zugang zur Krisenberatung.
- Die Hilfe bei einem „physischen Vorfall“, bei dem ein Versicherungsanspruch besteht, ist auf einen Zeitraum von fünfundvierzig (45) Kalendertagen beschränkt.
- Das Crisis Assistance Plus™ Programm ist kein *Versicherungsvertrag*. FocusPoint erstattet *Anspruchsberechtigten* keine Kosten, die einem *Anspruchsberechtigten* direkt und/oder im Namen eines *Anspruchsberechtigten* entstehen und leistet auch keine entsprechende Entschädigung. Alle weiteren Kosten werden direkt und nach eigenem Ermessen von Focuspoint übernommen.

An Entscheidungen und/oder Ergebnissen, die von FocusPoint International® getroffen oder festgestellt werden, sind wir weder beteiligt noch haften wir für diese. FocusPoint International® bietet keine Krisenreaktionsdienste:

- Bei Entführung oder Gewaltverbrechen durch einen Verwandten;
- Für Personen, deren Entführungsversicherung gekündigt oder abgelehnt wurde;
- Für Personen, die in der Vergangenheit entführt wurden;
- Bei Entführung einer Person, die in ihrem Wohnsitzland geschützt wird;
- Wenn die Dienstleistung durch die Resolutionen der Vereinten Nationen oder durch Gesetze der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten verboten wäre;
- Für die Zahlung von Lösegeld;
- Wenn sich der *Anspruchsberechtigte* für die Reise zu einem Ort entscheidet, obwohl von der Reise zu diesem Ort offiziell abgeraten wurde;
- Bei Geschäftsstreitigkeiten;
- Für zusätzliche Ausgaben, die durch eine nicht abgedeckte Reiseverzögerung verursacht wurden;
- Für Suizid oder versuchten Suizid;
- Im Falle eines erklärten oder nicht erklärten Krieges zwischen China, Frankreich, dem Vereinigten Königreich, der Russischen Föderation und den USA oder eines Krieges in Europa oder eines Bürgerkrieges;
- Für Durchsetzungsmaßnahmen durch oder im Namen der Vereinten Nationen, in denen die oben genannten Länder oder bewaffnete Streitkräfte im Einsatz sind, und
- Bei Verlust oder Zerstörung von Eigentum aufgrund von durch Radioaktivität verursachte Folgeschäden oder einer gesetzlichen Haftung infolge von Radioaktivität.

Im Falle einer der oben beschriebenen Krisensituationen wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst. Wir leiten Sie an einen FocusPoint-Krisenberater weiter, der Sie beraten und die weltweite Soforthilfe koordinieren kann. Damit Sie diesen Service in Anspruch nehmen können, müssen wir Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten an FocusPoint International® weitergeben.

Silver

Gold

Platinum

FocusPoint International® übernimmt die Kosten für Krisenberatungen sowie sonstige zusätzliche Kosten in Verbindung mit versicherten Krisenfällen (bis maximal zwei „physische Vorfälle“ pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum), darunter insbesondere:

- Kosten für die Evakuierung bei politischen oder durch Naturkatastrophen verursachten Notfällen;
- Rechtsberatung und Honorare;
- Honorare und Auslagen für einen unabhängigen Dolmetscher;
- Kosten für Umzug, Reise und Unterbringung;
- Honorare und Auslagen für Sicherheitspersonal, das vorübergehend ausschließlich und direkt zum Schutz eines *Anspruchsberechtigten* in einem Land, in dem ein Krisenereignis stattgefunden hat, eingesetzt wird.

Die folgenden wichtigen Erläuterungen und allgemeinen Bedingungen gelten für den gesamten Versicherungsschutz im Zusammenhang mit dem Internationalen Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung.

Wichtige Hinweise

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Dienstleistungen werden im Rahmen dieses *Vertrags* vom *medizinischen Assistenzdienst* bereitgestellt oder organisiert.

Die folgenden Bedingungen gelten sowohl für medizinische Notfall-evakuierungen als auch für Rückführungen:

- Alle Evakuierungen und Rückführungen müssen im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* genehmigt werden, den Sie über den Kundendienst erreichen können;
- Die *Behandlung*, für die oder nach der die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss von einer *qualifizierten Pflegekraft* oder einem *Arzt* empfohlen werden;
- Evakuierungs- und Rückführungsdienste sind im Rahmen dieses *Vertrags* nur erhältlich, wenn der *Anspruchsberechtigte stationär* oder *teilstationär* behandelt wird (oder behandelt werden muss);
- Die *Behandlung*, aufgrund der ein Evakuierungs- oder Rückführungsdienst in Anspruch genommen werden muss, muss folgende Bedingungen erfüllen:
 - Es handelt sich um eine *Behandlung*, die für den *Anspruchsberechtigten* im Rahmen dieses *Vertrags* abgedeckt ist und
 - Die *Behandlung* ist an dem Ort, von dem der *Anspruchsberechtigte* evakuiert oder zurückgeführt werden soll, nicht erhältlich;
 - Der *Anspruchsberechtigte* muss bereits gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung versichert sein, bevor er den Evakuierungs- und Rückführungsdienst in Anspruch nehmen kann;
 - Der Versicherungsschutz des *Anspruchsberechtigten* für den *gewählten Geltungsbereich* muss sich auf das Land erstrecken, in dem die *Behandlung* nach der Evakuierung oder Rückführung durchgeführt wird (*Behandlungen* in den USA sind ausgeschlossen, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht den *Versicherungsschutz Weltweit einschließlich USA* gekauft hat).
- *Wir* zahlen nur für Evakuierungs- und Rückführungsdienste, wenn alle Maßnahmen von unserem *medizinischen Assistenzdienst* vorab genehmigt wurden. Bevor die Genehmigung erteilt wird, müssen *uns* alle Informationen oder Nachweise vorgelegt werden, die *wir* vernünftigerweise verlangen können;
- Weder genehmigen *wir* noch zahlen *wir* für Evakuierungen oder Rückführungen, die *unserer* begründeten Auffassung nach nicht angemessen oder medizinisch ratsam sind. Bei der Entscheidung, ob eine Evakuierung oder Rückführung sinnvoll ist, beziehen *wir* uns auf bewährte klinische und medizinische Praxis;
- *Wir* können von Zeit zu Zeit eine Prüfung dieses Versicherungsschutzes durchführen und behalten *uns* vor, *Sie* um weitere Angaben zu bitten, wenn dies für *uns* angemessen ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

- Wenn es aufgrund lokaler Bedingungen unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich ist, ein Gebiet zu betreten, zum Beispiel aufgrund einer instabilen politischen Lage oder Krieg, sind *wir* möglicherweise nicht in der Lage, eine Evakuierung oder Rückführung zu arrangieren. Dieser *Vertrag* garantiert nicht, dass auf Anfrage immer Evakuierungs- oder Rückführungsdienste verfügbar sind, auch wenn sie medizinisch angezeigt sind.
- *Wir* zahlen für *Krankenhausaufenthalte* nur solange, wie der *Anspruchsberechtigte* behandelt wird. *Wir* bezahlen keine *Krankenhausunterbringung*, wenn ein *Anspruchsberechtigter* nicht mehr behandelt wird, sondern auf einen Rückflug wartet.
- Alle *Behandlungen*, die ein *Anspruchsberechtigter* vor oder nach einer Evakuierung oder Rückführung erhält, werden von der Internationalen Krankenversicherung gezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen Versicherungsoption), vorausgesetzt die *Behandlung* ist gemäß diesem *Vertrag* gedeckt und *Sie* haben den entsprechenden Versicherungsschutz gekauft.
- *Wir* können nicht für Verzögerungen oder die mangelnde Verfügbarkeit von Evakuierungs- oder Rückführungsdiensten haftbar gemacht werden, die auf ungünstige Wetterbedingungen, technische oder mechanische Probleme, behördliche Auflagen oder Beschränkungen oder andere Faktoren zurückzuführen sind, die sich *unserer* Kontrolle entziehen.
- *Wir* zahlen nur für Evakuierung, Rückführung und Transport durch Dritte, wenn die *Behandlung*, für die oder aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, von diesem *Vertrag* gedeckt ist.
- Alle Entscheidungen über:
 - die *medizinische Notwendigkeit* der Evakuierung oder Rückführung;
 - die Mittel und den zeitlichen Rahmen der Evakuierung oder Rückführung;
 - die zu verwendenden medizinischen Geräte, das einzusetzende medizinische Personal und
 - den Bestimmungsort, zu dem der *Anspruchsberechtigte* gebracht werden soll;werden von *unserem medizinischen Team* nach Rücksprache mit den *Ärzten*, die den *Anspruchsberechtigten* behandeln und unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen getroffen.

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Optionales Modul

Wir wissen, wie wichtig *Ihr* allgemeines Wohlbefinden und ein ausgewogenes Leben sind. Neben Gesundheitschecks, Tests und Untersuchungen stärkt diese Option *Sie* und *Ihre* Familie durch Dienstleistungen und Unterstützung zur Förderung *Ihrer* Gesundheit und *Ihres* Wohlbefindens im Alltag.

Ihr Wellness-Begleiter, bestehend aus den Programmen Unterstützung des Lebensmanagements, Wellness Coaching und Unterstützung für die psychische Gesundheit, hilft *Ihnen* und *Ihren* anspruchsberechtigten Angehörigen, körperlich und geistig gesund zu bleiben.

Die nachstehend aufgeführten Leistungen können nur von Anspruchsberechtigten ab 18 Jahren in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus gelten für die verschiedenen Krebsvorsorgeuntersuchungen bestimmte Altersgrenzen.

	Silver	Gold	Platinum
Wellness-Coaching	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Wir vermitteln <i>Ihnen</i> einen persönlichen, qualifizierten Wellness-Coach, der speziell für Änderungen des Gesundheitsverhaltens geschult ist. <i>Ihr</i> Coach wird gemeinsam mit <i>Ihnen</i> ein bestimmtes Wellness-Ziel festlegen, das <i>Ihnen</i> wichtig ist und Sie bei der Erstellung eines Wellness-Plans in einem der folgenden Schwerpunktbereiche unterstützen: Gewichtskontrolle, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Schlaf, Stressbewältigung und Tabakentwöhnung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben Zugang zu sechs vertraulichen telefonischen Coaching-Sitzungen pro Schwerpunktbereich und <i>Versicherungszeitraum</i> mit <i>Ihrem</i> persönlichen Coach, um <i>Ihre</i> Strategie und Motivation zur Erreichung <i>Ihres</i> Ziels zu entwickeln. • <i>Ihr</i> persönlicher Coach unterstützt <i>Sie</i> mit Ratschlägen und Empfehlungen, die Sie zwischen den sechs Coaching-Sitzungen umsetzen können, um eine dauerhafte Änderung <i>Ihrer</i> Lebensweise zu gewährleisten. <p>Da die Coaching-Sitzungen per Telefon oder Video abgehalten werden, können <i>Sie</i> bequem von zu Hause aus darauf zugreifen. <i>Sie</i> können außerdem zu einem für <i>Sie</i> günstigen Zeitpunkt angesetzt werden, je nach Zeitzone und Sprachpräferenz. Bitte beachten <i>Sie</i>, dass dies ein vertraulicher Dienst ist.</p> <p>Um die Wellness-Coaching-Leistung in Anspruch zu nehmen, nehmen <i>Sie</i> bitte auf einem der folgenden Wege Kontakt zu uns auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch: +1 984 810 5338 (Die Leitung ist ausschließlich für Kunden von Cigna Global Health Options bestimmt, Kunden sollten sich identifizieren mit: „Life Management Programme“. <i>Sie</i> können diese Nummer direkt aus dem Bereich „Unterstützung für die psychische Gesundheit“ der Cigna Wellbeing® App wählen.) • Live-Chat: zugänglich über die Website - LiveConnect • E-Mail: support@resourcesforyourlife.com • Fordern <i>Sie</i> über die Cigna Wellbeing® App einen Rückruf an. <p>Diese Leistung wird von unserem ausgewählten Coaching-Dienstleister angeboten.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Life Management Assistance Programm	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Unser Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements steht <i>Ihnen</i> 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr zur Verfügung. Das bedeutet, dass <i>Sie</i> diese Leistung zu einem für <i>Sie</i> geeigneten Zeitpunkt in Anspruch nehmen können, um Zugang zu kostenloser, vertraulicher Unterstützung bei allen beruflichen, persönlichen oder familiären Belangen zu erhalten.</p> <p>Sie haben Zugriff auf folgende Dienste und Tools:</p> <p>Kurzfristige Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bis zu 6 Beratungssitzungen per Telefon, Video oder persönlich, pro Thema und <i>Versicherungszeitraum</i>. Häufige Anwendungsfälle sind: Umgang mit Ängsten und Depressionen, Unterstützung von Paar- und Familienbeziehungen, Trauerfälle und mehr. <p>Verhaltensorientierte Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bis zu 6 Sitzungen mit einem Achtsamkeitscoach per Telefon pro <i>Versicherungszeitraum</i>. Hilfreich für Menschen, die unter Stress leiden und Probleme mit Konzentration und Aufmerksamkeit haben. • Ein Online-Selbsthilfeprogramm zur kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Ängsten, Stress und Depressionen, mit unbegrenztem Zugang zum Programm für 6 Monate. <p>Unterstützung für Karriere und Arbeitsplatz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Life-Coaching-Sitzungen zur Unterstützung der persönlichen Weiterentwicklung und der beruflichen Entwicklung am Arbeitsplatz. • Telefonsitzungen mit einem Berater für Führungskräfte, um ihre Fähigkeiten zur Mitarbeiterführung zu verbessern. <p>Praktische Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unbegrenzte telefonische Soforthilfe zur Unterstützung im Alltag. • Vorqualifizierte Empfehlungen und Informationen, die Ihnen bei der Bewältigung <i>Ihrer</i> täglichen Anforderungen helfen, wie z.B. Umzugslogistik, Betreuung von Kindern oder älteren Menschen, rechtliche oder finanzielle Dienstleistungen. <p>Wichtige Hinweise:</p> <p>Dieser Service ist nicht geeignet, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie die unmittelbare Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung melden; • Sie suchtkrank sind, z.B. nach Drogen, oder unter einer Störung der Impulskontrolle leiden, z.B. Glücksspiel; • Sie Symptome, eine Diagnose oder andere psychische Probleme als Angst oder Depression haben, z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung. <p>Um das Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements zu nutzen, nehmen Sie bitte auf einem der folgenden Wege Kontakt zu uns auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch: +1 984 810 5338 (Die Leitung ist ausschließlich für Kunden von Cigna Global Health Options bestimmt, Kunden sollten sich identifizieren mit: „Life Management Programme“. Sie können diese Nummer direkt aus dem Bereich „Unterstützung für die psychische Gesundheit“ der Cigna Wellbeing® App wählen.) • Live-Chat: zugänglich über die Website - LiveConnect • E-Mail: support@resourcesforyourlife.com • Fordern Sie über die Cigna Wellbeing® App einen Rückruf an. <p>Dieser Dienst wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister angeboten.</p>			

Programm zur Unterstützung der psychischen Gesundheit

Bis zu 20 persönliche Beratungsgesprächen pro Erkrankung und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Zusätzlich zur kurzfristigen Unterstützung im Rahmen des oben genannten Programms zur Unterstützung des Lebensmanagements bietet unser Programm zur Unterstützung der psychischen Gesundheit bei klinisch diagnostizierten Depressionen und/oder Angstzuständen Zugang zu langfristiger Beratung durch Psychologen mit Erfahrung in kognitiver Verhaltenstherapie (CBT). Diese vertrauliche Beratung findet als persönliche Begegnung statt (die traditionellste Form der Beratung), aber auch Video- oder Telefonsitzungen können als Alternative in Betracht gezogen werden, je nachdem, wo Sie sich befinden.

Die Teilnahme an diesem Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit ist wie folgt geregelt:

- **Sie wenden sich an das Programm „Life Management Assistance“ (siehe oben)**, entweder telefonisch über unser Kundendienst oder über die Cigna Wellbeing App, um Hilfe und Rat bei allen persönlichen oder arbeitsbezogenen Problemen zu erhalten.
- **Sie sprechen mit einem Kliniker**, der eine telefonische Ersteinschätzung durchführt. Wenn bei Ihnen eine mittelschwere bis schwere Depression oder Angstzustände diagnostiziert wurden, wird der Arzt die Überweisung an einen Psychologen für kognitive Verhaltenstherapie empfehlen.
- **Sie erhalten Erstberatungssitzungen**, in denen ein auf kognitive Verhaltenstherapie spezialisierter Psychologe in maximal zwei persönlichen Sitzungen eine Einschätzung vornimmt. Wenn persönliche Sitzungen nicht möglich sind, können auch Telefon- oder Videositzungen angeboten werden.
- **Die Beratungshilfe erstreckt sich über maximal 20 Sitzungen**. In dieser Phase und bei jeder sechsten Sitzung wird ein psychometrischer Test durchgeführt.
- **Sie beginnen, die Vorteile zu spüren**, indem Sie ein glücklicheres, gesünderes Wohlbefinden erreichen.
- **Sie überwachen Ihre Fortschritte**. Ein Fallmanager wird sich bei Ihnen melden, um sicherzustellen, dass Sie auf dem richtigen Weg sind.

Dieses Programm bietet Ihnen einen schnellen und einfachen Zugang zu Psychologen für kognitive Verhaltenstherapie, da unsere Berater oft in Regionen der Welt verfügbar sind, in denen der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung schwieriger ist.

Wichtige Hinweise:

Dieser Service ist nicht geeignet, wenn:

- Sie die unmittelbare Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung melden;
- Sie suchtkrank sind, z.B. nach Drogen, oder unter einer Störung der Impulskontrolle leiden, z.B. Glücksspiel;
- Sie Symptome oder eine Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung als Angst oder Depression haben, z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, bipolare Störung oder Zwangsstörung; oder
- Sie unter 18 Jahre alt sind.

Um das Programm zur Unterstützung der psychischen Gesundheit zu nutzen, nehmen Sie bitte auf einem der folgenden Wege Kontakt zu uns auf:

- **Telefonisch:** +1 984 810 5338 (Die Leitung ist ausschließlich für Kunden von Cigna Global Health Options bestimmt, Kunden sollten sich identifizieren mit: „Life Management Programme“. Sie können diese Nummer direkt aus dem Bereich „Unterstützung der psychischen Gesundheit“ der Cigna Wellbeing® App wählen.)
- **Live-Chat:** zugänglich über die Website - LiveConnect
- **E-Mail:** support@resourcesforyourlife.com
- **Fordern Sie über die Cigna Wellbeing® App einen Rückruf an.**

Routineuntersuchungen für Erwachsene

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
Aktualisiert	Aktualisiert	Aktualisiert
325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £

Wir übernehmen die Kosten für Routineuntersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren. Die Gesundheitsanalyse kann unter anderem folgende Punkte umfassen:

- Messung von Größe und Gewicht
- Taillenumfang
- Body-Mass-Index (BMI)
- Körperfettanteil
- Blutdruck
- Urinanalyse
- Cholesterin-Test
- Vollständiges Blutbild
- Bewertung von Physiologie und Gleichgewicht
- Messung der Resilienz gegenüber Stressoren

Darüber hinaus übernehmen wir für *Anspruchsberechtigte* einer *Platinum-Police* die Kosten für weitere Untersuchungen, insbesondere:

- Vollständiges biochemisches Profil, einschließlich Leber- und Nierenfunktion
- Lungenfunktionstest
- Beurteilung der Wirbelsäule
- Röntgenaufnahme des Brustkorbs (falls klinisch indiziert)
- Erweiterte kardiovaskuläre Untersuchungen (EKG oder aerober Fitnesstest)
- Stoffwechseluntersuchungen (Ruheumsatz (Resting Metabolic Rate, RMR) und VO2max-Test)
- Neurologische Untersuchungen

	Silver	Gold	Platinum
Fußpflege durch einen Fußpfleger oder Podologen Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	225 \$ 165 € 150 £ bis zu 5 Sitzungen	450 \$ 330 € 300 £ bis zu 10 Sitzungen	900 \$ 660 € 600 £ bis zu 15 Sitzungen
Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung von Ballenzehen, Schwielen, Hühneraugen und Pilzinfektionen, wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und Ihnen helfen, Ihre normalen Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Podologen oder Fußpfleger durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, über eine entsprechende Zulassung verfügt. Davon ausgenommen sind Massagen und sportmedizinische Behandlungen.			

	Silver	Gold	Platinum
Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Aktualisiert 325 \$ 250 € 220 £	Aktualisiert 650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 25 Jahren bieten wir alle 3 Jahre Versicherungsschutz für: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Papanicolaou-Test (Pap-Abstrich) und • 1 HPV-DNA-Test. 			

	Silver	Gold	Platinum
Prostatakrebs-Früherkennung Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Aktualisiert 325 \$ 250 € 220 £	Aktualisiert 650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für männliche <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 50 Jahren bieten wir jedes Jahr Versicherungsschutz für: <ul style="list-style-type: none"> • Eine Prostatauntersuchung (prostataspezifischer Antigen-Test (PSA-Test)). Wichtiger Hinweis: Alle Folgetests oder zusätzlichen Untersuchungen, die nach einem auffälligen Ergebnis <i>ambulant</i> durchgeführt werden müssen, werden im Rahmen der Leistung für pathologische, radiologische und diagnostische Untersuchungen, ein Bestandteil der Option „Internationaler Versicherungsschutz für <i>ambulante Behandlungen</i> “, übernommen. Sie müssen die Option „Internationaler Versicherungsschutz für <i>ambulante Behandlungen</i> “ erworben haben, damit diese zusätzlichen diagnostischen Tests abgedeckt sind.			

	Silver	Gold	Platinum
Brustkrebs-Früherkennung Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Aktualisiert 325 \$ 250 € 220 £	Aktualisiert 650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 40 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: <ul style="list-style-type: none"> • Ein Brustaufklärungsgespräch und klinische Brustuntersuchung (CBE) pro Jahr; • Ein Mammographie-Screening alle 2 Jahre. Für weibliche <i>Anspruchsberechtigte</i> im Alter zwischen 25 und 39 Jahren, bei denen eine Vorgeschichte oder ein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, bieten wir Versicherungsschutz für: <ul style="list-style-type: none"> • Ein Mammographie-Screening pro Jahr, wenn <i>medizinisch notwendig</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Darmkrebs-Früherkennung Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	Aktualisiert 325 \$ 250 € 220 £	Aktualisiert 650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche und männliche <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 45 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: <ul style="list-style-type: none"> • Einen Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOB) oder einen immunologischen Stuhltest (FIT) pro Jahr • Eine Darmspiegelung alle 7 Jahre. 			

Hautkrebs-Screening

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
Aktualisiert	Aktualisiert	
325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kosten- übernahme

Für weibliche und männliche *Anspruchsberechtigte* ab 18 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für:

- Ein Hautkrebs-Screening pro Jahr.

Lungenkrebs-Früherkennung

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
Aktualisiert	Aktualisiert	
325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kosten- übernahme

Für weibliche und männliche *Anspruchsberechtigte* ab 45 Jahren, die rauchen oder früher geraucht haben, bieten wir Versicherungsschutz für:

- Eine Lungenkrebsuntersuchung pro Jahr.

Diabetes-Untersuchungen

Neu

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kosten- übernahme

Für weibliche und männliche *Anspruchsberechtigte* ab 18 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für:

- Ein AIC-Test oder Nüchternblutzuckertest pro Jahr.

Knochendichtemessung

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kosten- übernahme

Wir übernehmen die Kosten für:

- Einen Scan für Frauen ab 65 Jahren;
- Einen Scan für postmenopausale Frauen, die jünger als 65 Jahre alt sind, wenn *medizinisch notwendig*; und
- Einen Scan für Männer ab 50 Jahren, wenn dies *medizinisch notwendig* ist.

Ernährungsberatung

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von *Ihnen* gewählten Tarifs pro *Anspruchsberechtigtem* und *Versicherungszeitraum*.

Silver	Gold	Platinum
Aktualisiert	Aktualisiert	
325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kosten- übernahme

Wir übernehmen die Kosten für ein erstes Beratungsgespräch mit einem Ernährungsberater, ohne dass eine Überweisung erforderlich ist, für alle *Anspruchsberechtigten*, die ihr allgemeines Wohlbefinden verbessern wollen, einschließlich Ernährungsumstellung und Präventionsmaßnahmen.

Wenn *medizinisch notwendig*, übernehmen wir zusätzlich bis zu vier Beratungen pro Versicherungszeitraum für *Anspruchsberechtigte*, die eine Ernährungsberatung im Zusammenhang mit einer diagnostizierten Krankheit wie Diabetes, Prädiabetes oder Essstörungen benötigen.

Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen

Optionales Modul

Der Internationale augenärztliche und zahnärztliche Versicherungsschutz deckt die Kosten des *Anspruchsberechtigten* in Verbindung mit routinemäßigen augenärztlichen Untersuchungen sowie die Kosten für Brillen und Brillengläser ab. Ebenso enthalten sind eine Reihe vorbeugender, routinemäßiger und größerer zahnärztlicher Behandlungen.

AUGENARZT/OPTIKER

Sehtest	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von <i>Ihnen</i> gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Vollständige Kosten- übernahme
Wir zahlen für eine routinemäßige Augenuntersuchung pro <i>Versicherungszeitraum</i> durch einen Augenarzt oder Augenoptiker. Pro <i>Versicherungszeitraum</i> übernehmen wir die Kosten für lediglich eine Augenuntersuchung.			

Kosten für:	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von <i>Ihnen</i> gewählten Tarifs pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
<ul style="list-style-type: none"> • Brillengläser. • Kontaktlinsen. • Brillenfassungen. • Sonnenbrillen mit Sehstärke jeweils vorausgesetzt, dass sie von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben werden. Wir übernehmen keine Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • Sonnenbrillen, die nicht von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben wurden; • Brillengläser oder Kontaktlinsen, die nicht <i>medizinisch notwendig</i> sind oder nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden, oder • <i>Behandlungen</i> oder <i>Operationen</i>, einschließlich <i>Behandlungen</i> oder <i>Operationen</i>, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel <i>Laseraugenoperationen</i>, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK). Für alle Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss als Beleg ein Rezept oder eine Rechnung für Korrekturgläser bei <i>uns</i> eingereicht werden.			

ZAHNBEHANDLUNG

Jährliches Gesamtleistungsmaximum für Zahnbehandlungen	Silver	Gold	Platinum
Jährliches Gesamtleistungsmaximum - pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungszeitraum	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

Vorsorgebehandlungen	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für zahnärztliche Behandlungen für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte 3 Monate für diese Option versichert war.	Vollständige Kosten- übernahme	Vollständige Kosten- übernahme	Vollständige Kosten- übernahme

Wir übernehmen die Kosten für die folgenden zahnärztliche *Vorsorgebehandlungen*, die von einem *Zahnarzt* empfohlen wurden, wenn ein *Anspruchsberechtigter* mindestens 3 Monate gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert war:

- Zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro *Versicherungszeitraum*;
- Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügelaufnahmen, Einzelaufnahmen und Orthopantomogramm (OPG);
- Zahnsteinentfernung und Politur, einschließlich topischer Fluoridierung, soweit erforderlich (2 pro *Versicherungszeitraum*);
- Ein Mund-/Zahnschutz pro *Versicherungszeitraum*;
- Eine Nachtschiene pro *Versicherungszeitraum* und
- Fissurenversiegelung.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Routinebehandlungen</p> <p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald der <i>Anspruchsberechtigte</i> 3 Monate für diese Option versichert war.</p>	80 % Erstattung	90 % Erstattung	Vollständige Kosten- übernahme
<p>Wir erstatten die <i>Behandlungskosten</i> für die folgenden routinemäßigen <i>Zahnbehandlungen</i>, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> mindestens 3 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war (wenn die <i>Behandlung</i> für die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit erforderlich ist und von einem <i>Zahnarzt</i> empfohlen wird):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurzelbehandlungen; • Extraktionen; • Chirurgische Eingriffe; • <i>Behandlungen</i> aus gegebenem Anlass; • Anästhesie; und • <i>Parodontosebehandlungen</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Umfassende Zahnrestauration</p> <p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Verfügbar, sobald der <i>Anspruchsberechtigte</i> 12 Monate für diese Option versichert war.</p>	70 % Erstattung	80 % Erstattung	Vollständige Kosten- übernahme
<p>Wir übernehmen die <i>Behandlungskosten</i> für die folgenden größeren restaurativen <i>Zahnbehandlungen</i>, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> mindestens 12 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahnersatz (Acryl/Kunststoff, Metall und Metall/Acryl); • Kronen; • Inlays; und • Einsetzen von Zahnimplantaten. <p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> eine umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung benötigt, bevor er 12 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war, übernehmen wir 50 % der <i>Behandlungskosten</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Kieferorthopädische Behandlungen</p> <p>Bis zu der für <i>Ihren</i> gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> oder wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für <i>Ihren</i> gewählten Tarif pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Erhältlich für <i>Anspruchsberechtigte</i> unter 19 Jahren, sobald sie 18 Monate lang für diese Option versichert waren.</p>	40 % Erstattung	50 % Erstattung	50 % Erstattung
<p>Wir übernehmen die Kosten für kieferorthopädische <i>Behandlungen</i> für <i>Anspruchsberechtigte</i> unter 19 Jahren nur, wenn sie seit mindestens 18 Monaten über einen Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen verfügen.</p> <p>Wir zahlen für kieferorthopädische <i>Behandlungen</i> nur, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der <i>Zahnarzt</i> oder Kieferorthopäde, der die <i>Behandlung</i> durchführen wird, <i>uns</i> im Voraus eine ausführliche Beschreibung der vorgeschlagenen <i>Behandlung</i> (einschließlich Röntgenbilder und Modelle) sowie einen Kostenvoranschlag für die <i>Behandlung</i> vorlegt; und • <i>wir</i> die <i>Behandlung</i> im Voraus genehmigt haben. 			

Ausschlüsse für Zahnbehandlungen

Die folgenden Ausschlüsse gelten für Zahnbehandlungen, zusätzlich zu denen, die an anderer Stelle in diesem Vertrag und in Ihrer Versicherungsbescheinigung aufgeführt sind.

Wir übernehmen keine Kosten für:

- Rein *kosmetische Behandlungen* oder andere *Behandlungen*, die für die Erhaltung oder Verbesserung der Mundgesundheit nicht notwendig sind.
- Den Ersatz eines verlorenen oder gestohlenen zahnmedizinischen Geräts oder die damit verbundenen *Behandlungen*.
- Den Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines Zahnersatzes, der (nach angemessener Einschätzung eines Zahnarztes mit normaler Kompetenz und Fachkenntnis im Land des gewöhnlichen Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten) repariert und nutzbar gemacht werden kann.
- Den Ersatz von Brücken, Kronen oder Zahnersatz innerhalb von fünf Jahren nach ihrer ursprünglichen Anfertigung, es sei denn:
 - Brücke, Krone oder Zahnersatz wurden während des Gebrauchs infolge eines *Zahnschadens*, den der *Anspruchsberechtigte* während des Versicherungsschutzes im Rahmen dieses Vertrags erlitten hat, irreparabel beschädigt; oder
 - der Ersatz ist notwendig, weil der *Anspruchsberechtigte* die Extraktion eines gesunden natürlichen Zahns/von gesunden natürlichen Zähnen benötigt; oder
 - der Ersatz ist notwendig, weil im Gegenkiefer erstmalig eine Vollprothese eingesetzt wird.
- Verblendschalen (Veneers) aus Acryl oder Porzellan.
- Kronen oder Brücken auf oder anstelle der oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähne, es sei denn:
 - sie bestehen entweder aus Keramik, einem Metall-Keramikverbund oder nur aus Metall (z.B. aus einer Goldlegierung); oder
 - eine provisorische Krone oder ein Brückenglied ist im Rahmen einer zahnärztlichen Routine- oder *Notfallbehandlung* erforderlich.
- *Behandlungen*, Verfahren und Materialien, die experimentell sind oder nicht den anerkannten zahnmedizinischen Standards entsprechen.
- *Behandlungen* von Zahnimplantaten, die in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen mit:
 - einer unzureichenden Einpassung des Implantats;
 - einer gescheiterten Osseointegration;
 - Periimplantitis;
 - dem Ersatz von Kronen, Brücken oder Zahnersatz; oder
 - Unfällen oder *Notfallbehandlungen*, auch für *Prothesen*.
- Beratung in Bezug auf Plaquekontrolle, Mundhygiene und Ernährung.
- Dienstleistungen und Zubehör, insbesondere Mundwasser, Zahnbürsten und Zahnpasta.
- *Medizinische Behandlungen*, die in einem *Krankenhaus* von einem Spezialisten für Oralmedizin durchgeführt werden, können im Rahmen Ihrer Internationalen Versicherung bzw. Ihrer Internationalen Versicherung für *ambulante Behandlungen* abgedeckt sein, sofern diese Option in den Vertrag aufgenommen wurde; es sei denn, die zahnärztliche *Behandlung* ist der Grund für Ihren Aufenthalt im *Krankenhaus*.
- Bissregistrierung, Präzisions- oder Semipräzisionsgeschiebe.
- *Behandlungen*, Verfahren, Hilfsmittel oder Restaurationen (außer Vollprothesen), deren Hauptzweck darin besteht:
 - vertikale Stellungen zu verändern; oder
 - den Zustand oder Fehlfunktionen des Kiefergelenks zu diagnostizieren oder zu behandeln; oder
 - parodontal angegriffene Zähne zu stabilisieren; oder
 - die Okklusion („Schlussbissstellung“) zu korrigieren.



**Wir stärken die Gesundheit
und Vitalität unserer Kunden.**

Kontaktaufnahme

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag haben, eine Behandlung genehmigen lassen wollen oder uns aus einem sonstigen Grund kontaktieren möchten, wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst. Er ist an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für Sie da.*



NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live Chat mit uns
Schreiben Sie uns eine Nachricht
Vereinbaren Sie einen Rückruf



RUFEN SIE UNS AN

International: **+44 (0) 1475 788 182**
USA: **800 835 7677** (gebührenfrei)
Hongkong: **2297 5210** (gebührenfrei)
Singapur: **800 186 5047** (gebührenfrei)



Alternativ können Sie uns auch eine E-Mail senden:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

Nähere Informationen über die Cigna Healthcare-Gesellschaft, die Ihnen im Rahmen Ihres Vertrags Versicherungsschutz bietet, finden Sie in Ihren Vertragsbedingungen und in Ihrem Versicherungsschein.

Wenn Ihr Versicherungsvertrag bei Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch Singapore Branch abgeschlossen wurde, gilt Folgendes:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (Registrierungsnummer: TIOFCO145E) ist eine ausländischen Niederlassung der Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., mit beschränkter Haftung in Belgien eingetragen und mit Sitz in 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapur 189721.

Dieser Vertrag ist durch das Policy Owners' Protection Scheme geschützt, das von der Singapore Deposit Insurance Corporation (SDIC) verwaltet wird. Ihr Versicherungsvertrag ist automatisch gedeckt, und es sind keine weiteren Maßnahmen von Ihnen erforderlich. Für weitere Informationen über die Arten der durch den Plan gedeckten Leistungen sowie die gegebenenfalls anwendbaren Deckungsgrenzen treten Sie bitte mit uns in Kontakt oder besuchen Sie die Websites der General Insurance Association (GIA) oder der SDIC (www.gia.org.sg bzw. www.sdic.org.sg).

*Bei bestimmten Fragen kann Sie unser Kundendienst an unser internes Expertenteam weiterleiten, das während der Geschäftszeiten zur Verfügung steht (montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr MEZ).

Für Versicherungen, die über unser Büro im Dubai International Finance Centre unter der Versicherungslizenz Cigna Global Insurance Company Limited abgeschlossen werden, ist der Versicherungsvertreter Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, der von der Dubai Financial Services Authority überwacht wird.

„Cigna Healthcare“ ist eine eingetragene Dienstleistungsmarke von Cigna Intellectual Property, Inc., die für die Nutzung durch The Cigna Gruppe und ihre operativen Tochtergesellschaften lizenziert ist. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu den operativen Tochtergesellschaften gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited.
© 2024 Cigna Healthcare

591048 CGHO Customer Guide DE 02/2024