

INTERNATIONALE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Versicherungsinformationsdokument



Begleitung: Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.

Produkt: Cigna Global Platinum

Die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V. ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die in Belgien von der belgischen Nationalbank reguliert wird und im Brüsseler Handelsregister (Nummer 0421.437.284) an der Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium ist.

Dies ist eine Zusammenfassung des Versicherungsschutzes. Bevor Sie das Produkt erwerben, können Sie weitere Informationen in Ihrem Kostenvoranschlag und den Vertragsdokumenten finden. Die vollständigen Geschäftsbedingungen der Police sind in den Vertragsbedingungen, dem Kundenleitfaden und der Versicherungsbescheinigung, die Sie nach Ihrem Kauf erhalten, enthalten. Es ist wichtig, dass Sie all diese Dokumente sorgfältig durchlesen.

Wie sieht diese Art Versicherung aus?

Internationale private Krankenversicherung für örtlich ansässige Staatsangehörige von Dänemark, Griechenland, Malta, Rumänien und Zypern, die dazu entwickelt wurde, um die Kosten medizinisch notwendiger privater Krankenversicherung in dem von Ihnen ausgewählten Versicherungsschutzbereich abzudecken. Dies ermöglicht Ihnen schnellen und einfachen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und medizinischem Fachpersonal innerhalb unseres weitreichenden Netzwerks.



Was wird versichert?

Internationale Krankenversicherung

Jährliche Gesamtbergrenze: Vollständig pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsjahr bezahlt

- ✓ Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Versicherungsgebiets (stationäre und teilstationäre Behandlung)
- ✓ Pflege und Krankenhausunterbringung in einem Einzelzimmer
- ✓ Behandlung von Krankheiten infolge einer Pandemie, Epidemie oder des Ausbruchs von ansteckender Krankheit
- ✓ Intensivmedizin
- ✓ Honorare für Chirurgen und Anästhesisten
- ✓ Gebühren für Beratung durch Fachpersonal (Stationärer Patient und Teilstationärer Patient)
- ✓ Behandlung in Notaufnahme: 2.000 \$/1.600 €/1.300 €
- ✓ Transplantationen
- ✓ Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests
- ✓ Erweiterte bildgebende Verfahren (MRT, CT und PET)
- ✓ Akupunktur und chinesische Medizin
- ✓ Häusliche Pflege
- ✓ Rehabilitation
- ✓ Palliativmedizin
- ✓ Lokaler Krankentransport und Luftambulanz
- ✓ Zahnärztliche Notfallbehandlung bei stationären Patienten
- ✓ Psychiatrische Behandlung und Verhaltenstherapie
- ✓ Umfassende Krebsbehandlung
- ✓ Krebsbedingte Hilfsmittel: 500 \$/ 370 €/ 335 € pro Hilfsmittel
- ✓ Präventive Krebsoperationen: 20.000 \$/ 14.800 €/ 13.300 €
- ✓ Erbkrankheiten: 50.000 \$/40.000 €/33.000 €
- ✓ Global Telehealth mit Teladoc: Unbegrenzte Beratungen
- ✓ Routineversicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen: 14.000 \$/11.000 €/9.000 €
- ✓ Komplikationen in der Schwangerschaft: 28.000 \$/ 22.000 €/ 18.000 €
- ✓ Hausgeburten: 1.100 \$/ 850 €/ 700 €
- ✓ Versorgung Neugeborener: 156.000 \$/ 122.000 €/ 100.000 €

Weitere Leistungen finden Anwendung, siehe Kundenleitfaden für die vollständige Liste.

Der folgende Versicherungsschutz beschreibt unsere optionalen Module, die Sie zu Ihrer Versicherung hinzufügen können:

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (OPTIONALES MODUL)

Jährlicher Gesamtbetrag von: Unbegrenzt pro Anspruchsberechtigtem pro Policenjahr

- Beratungen mit praktischen und Fachärzten
- 60+ Gesundheitsversorgung für Vorerkrankungen: 3.000 \$/ 2.220 €/ 2.000 €
- 40-60 Gesundheitsversorgung für Vorerkrankungen: 2.000 \$/ 1.480 €/ 1.330 €
- Schwangerschaftsvor- und -nachsorge: 7.000 \$/ 5.500 €/ 4.500 €
- Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests
- Ambulante Rehabilitation
- Akupunktur und chinesische Medizin
- Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial
- Genetische Tests: 4.000 \$/ 2.950 €/ 2.650 €
- Hormontherapie: 1.500 \$/ 1.100 €/ 1.000 €
- Impfung Erwachsener
- Hörgeräte
- Zahnbehandlung nach Unfällen
- Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

Internationaler Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung (OPTIONALES MODUL)

- Medizinische Evakuierung und Medizinische Rückführung



Was wird versichert? (weiter)

- Rückführung von sterblichen Überresten
- Reisekosten für eine Begleitperson
- Krankenbesuch – Reisekosten: 1.200 \$/1.000 €/800 €
- Krankenbesuche – Lebenshaltungskosten: 155 \$/125 €/100 €

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden (OPTIONALES MODUL)

- Routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene: 2000 \$/1.600 €/1.300 €
- Fußpflege durch einen Fußpfleger oder Podologen: 2000 \$/1.600 €/1.300 €
- Krebsvorsorgeuntersuchungen und Diabetes-Screening
- Ernährungsberatung
- Life Management Assistance Programm, Programm zur Unterstützung der psychischen Gesundheit und Wellness-Coaching

Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz (OPTIONALES MODUL)

- Augenuntersuchungen
- Brillenfassungen und Linsen: 310 \$/ 245 €/ 200 €
- Gesamtlimit für zahnärztlichen Versicherungsschutz: 5.500 \$/ 4.300 €/ 3.500 €**
- Rückerstattungsprozentsätze gehen bis zum kombinierten Gesamtlimit
- Präventive und Routinemäßige zahnärztliche Behandlung
- Größere restaurative zahnärztliche Behandlungen
- Kieferorthopädische zahnärztliche Behandlungen: 50%-ige Rückerstattung pro Versicherungsdauer.

Weitere Leistungen finden Anwendung, siehe Kundenleitfaden für die vollständige Liste.



Was wird nicht versichert?

- ✗ Fetale Chirurgie – außer im Falle von Komplikationen
- ✗ Raucherentwöhnung
- ✗ Behandlungen als Ergebnis von Konflikten oder Katastrophen, falls Sie ein aktiver Teilnehmer sind oder sich selbst in Gefahr begeben
- ✗ Entwicklungsstörungen
- ✗ Medikamente zur Gewichtsreduzierung oder zum Abnehmen sowie Nahrungsergänzungsmittel
- ✗ Behandlungen in Einrichtungen, die keine anerkannten Einrichtungen für ärztliche Behandlung sind
- ✗ Behandlungen von einem Arzt, der von den entsprechenden Behörden nicht anerkannt ist
- ✗ Behandlungen, die aufgrund eines Selbstmordversuches nötig sind oder damit im Zusammenhang stehen, oder jede Verletzung oder Erkrankung, die der Anspruchsberechtigte sich selbst zuzufügt
- ✗ Leihmutterchaften
- ✗ Persönlichkeits- oder Charakterstörungen
- ✗ Behandlung einer durch den Konsum oder Missbrauch von Substanzen oder Alkohol entstandenen Erkrankung
- ✗ Funktionelle Sexualstörungen
- ✗ Experimentelle Behandlungen
- ✗ Kosmetische oder rekonstruktive Behandlungen (wenn medizinisch notwendig)
- ✗ Nicht notfallmäßige Behandlungen außerhalb Ihres ausgewählten Krankenversicherungsgebiets.

Weitere Ausschlüsse finden Anwendung, siehe Kundenleitfaden und Vertragsbedingungen für die vollständige Liste von Ausschlüssen, Einschränkungen und Geschäftsbedingungen.



Gibt es irgendwelche Beschränkungen der Versicherungsdeckung?

- ! **Der Versicherungsschutz unterliegt immer Voraussetzungen für die Inanspruchnahme**
- ! **Einschränkungen pro Person pro Policenjahr, soweit nicht anderweitig festgelegt:**

- 120 Tage: Häusliche Pflege
- 90 Tage: Rehabilitation (90 Tage nur auf stationärer und teilstationärer Basis)
- 90 Tage: Psychiatrische Behandlung und Verhaltenstherapie: (90 Tage nur auf stationärer und teilstationärer Basis)
- 15 Besuche: Akupunktur und chinesische Medizin (nur auf ambulanter Basis)
- 4 Besuche: Ernährungsberatung

- ! **Wartezeiten (der Zeitraum ab dem Zeitpunkt, an dem Sie die Leistungen erstmals erworben haben und bevor Sie sie in Anspruch nehmen können)**

- Erste 24 Monate: Behandlungen bei Fettleibigkeit
- Erste 24 Monate: Untersuchungen und Behandlung der Unfruchtbarkeit
- Erste 12 Monate: Präventive Krebsoperationen
- Erste 12 Monate: Genetische Tests
- Erste 12 Monate: Routineversicherungsschutz für*
- Erste 12 Monate: Mutterschaftsleistungen Komplikationen in der Schwangerschaft*
- Erste 12 Monate: Hausgeburten*
- Erste 3 Monate: Präventative und routinemäßige zahnärztliche Behandlung
- Erste 12 Monate: Größere restaurative zahnärztliche Behandlungen
- Erste 18 Monate: Kieferorthopädische zahnärztliche Behandlung

- ! Wir können unter manchen Umständen zustimmen, bestimmte Vorerkrankungen zu einem zusätzlichen Betrag einzuschließen

- ! Bei Direktabrechnungen gilt: Wenn Sie in Verbindung mit der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung gewählt haben, dann werden zunächst wir die Rechnung bei dem Dienstleister begleichen, bevor Sie eine Zuzahlung leisten müssen. Anschließend teilen wir Ihnen den noch ausstehenden Betrag mit, den Sie dem Gesundheitsdienstleister zahlen müssen.

- ! Wenn Sie ein Eigenanteil von entweder 10 %, 20 % oder 30 % auswählen, werden wir den Betrag, den wir für die Kosten der Behandlung zahlen, um den Prozentanteil des Eigenanteils reduzieren

- ! Wir decken nur Behandlungen ab, die medizinisch notwendig und klinisch angemessen sind

- ! Wenn Sie oder andere Begünstigte keine vorherige Genehmigung für die erforderliche stationäre und teilstationäre Behandlung einholen, reduzieren wir den Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen, um zwanzig (20) Prozent.

- ! Wenn Sie außerhalb des Cigna-Netzwerks eine Behandlung in den USA erhalten, sinkt der von uns gezahlte Betrag um 20%. Bitte beachten Sie, dass wir nach unserem alleinigen Ermessen und ohne Benachrichtigung von Zeit zu Zeit Änderungen am Cigna-Netzwerk vornehmen können, indem wir Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte und Apotheken hinzufügen und/oder entfernen. Einzelheiten zu den Anbietern innerhalb des Netzwerks finden Sie, indem Sie dem Link in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich folgen oder sich an unser Kundenservice-Team wenden.

- ! Der Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus die Deckung außerhalb des Versicherungsgebiets ist begrenzt auf eine Dauer von nicht mehr als 21 Tagen pro Reise und maximal 60 Tage insgesamt pro Versicherungszeitraum für alle Reisen zusammen

- ! Die Aufnahme eines neugeborenen Kindes erfordert eine medizinische Risikoprüfung (Underwriting), falls der Antrag auf Aufnahme mehr als 30 Tage nach der Geburt eingeht oder keines der Elternteile zum Antragszeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate* im Rahmen der Police versichert waren

- ! Für die Leistung Verordnete Medikamente und Verbandsartikel im Rahmen des optionalen Moduls Internationale ambulante Behandlungen, unterliegen Medikamente, die von einem Arzt in den USA verschrieben und/oder von einer Apotheke in den USA geliefert werden, unserer Arzneimittelliste.

Weitere Einschränkungen finden Anwendung, siehe die vollständigen Geschäftsbedingungen in den Vertragsbedingungen und dem Kundenleitfaden.

*Erste 24 Monate für Behandlungen, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden.



Wo gilt mein Versicherungsschutz?

- ✓ Diese Versicherung deckt Sie und eventuelle zusätzliche Personen in Ihrer Police weltweit (je nach Ihrer Wahl entweder einschließlich oder ausschließlich der USA) ab.



Was sind meine Verpflichtungen?

- Sie müssen Ihren Versicherungsbeitrag zahlen
- Sie haften für alle ausstehenden der nicht gezahlten Prämien, wenn wir während der Versicherungsdauer eine Schadenserstattung bezahlt oder eine Zahlungsgarantie geleistet haben
- Wenn Sie in Verbindung mit der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen einen Selbstbehalt oder eine Kostenbeteiligung gewählt haben, müssen Sie den entsprechenden Betrag des Selbsthalts bzw. der Kostenbeteiligung an den Dienstleister zahlen, nachdem Sie von uns diesbezüglich benachrichtigt wurden (siehe Abschnitt „Unterliegt die Deckung bestimmten Einschränkungen?“)
- Sie müssen nach Bedarf ihre vollständige medizinische Vorgeschichte bereitstellen
- Sie müssen vor jeglicher Behandlung eine vorherige Genehmigung einholen
- Sie müssen uns informieren, falls Sie oder jemand in Ihrer Police seine Adresse, sein Wohnsitzland oder seine Staatsangehörigkeit ändert.
- Sie müssen uns informieren, wenn sich die Gesundheitsdaten, die Sie in Ihrem Antrag angegeben haben, vor dem Datum des Versicherungsbeginns ändern



Wann und wie zahle ich?

- Sie können Ihre Beiträge entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich mit Kreditkarte zahlen. Alternativ können Sie jährlich per Banküberweisung zahlen.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Diese Police ist ein sich jährlich verlängernder Vertrag mit einem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten und einem maximalen Versicherungszeitraum zwölf (12) Monaten. Das bedeutet, dass der Versicherungszeitraum ein (1) Jahr nach dem Startdatum endet, sofern der Vertrag nicht vor dem Enddatum gekündigt oder automatisch verlängert wird. Ihr Anfangsdatum steht auf der ersten Versicherungsbescheinigung.
- Wenn dieser Vertrag vor dem ursprünglichen Ende der Laufzeit endet, wird jede Prämie, außer im Falle von Betrug, die in Bezug auf den Zeitraum nach Ablauf der Deckung gezahlt wurde, zurückerstattet, soweit sie sich nicht auf einen Zeitraum bezieht, den wir abgedeckt haben, soweit wir während des Versicherungszeitraums keine Forderungen bezahlt oder eine Zahlungsgarantie abgegeben haben.
- Ihre Police wird automatisch erneuert und die Zahlung geht automatisch ein, es sei denn, Sie, oder unter bestimmten Umständen wir, entscheiden sich dazu, sie nicht zu erneuern.



Wie storniere ich den Vertrag?

- Sie haben das gesetzliche Recht, Ihre Police innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Startdatum Ihrer Police zu kündigen. Nach Ablauf dieser Frist von vierzehn (14) Tagen, Sie sind verpflichtet, die diesbezüglich fälligen Prämienzahlungen für die ersten drei (3) Monate an uns zu leisten. Wenn Sie diese Police kündigen, müssen Sie uns mindestens vierzehn (14) Tagen im Voraus schriftlich benachrichtigen.
- Wenn Sie Ihre Police nach den ersten drei (3) Monaten, jedoch vor dem Datum der jährlichen Vertragsverlängerung kündigen, wir Ihnen aber während des Versicherungszeitraums eine Erstattungszahlung geleistet, die Kosten für eine Behandlung übernommen oder eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben, dann sind Sie dazu verpflichtet, die verbleibende Jahresprämie für den vollen Versicherungszeitraum von zwölf (12) Monaten zu zahlen, und es erfolgt keine Prämienrückerstattung.