

**CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS  
VERSICHERUNGSANTRAG**

**GUTEN  
TAG**

**Wir freuen uns, dass Sie sich für uns  
interessieren.**

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



Füllen Sie diesen Versicherungsantrag bitte aus und senden Sie ihn entweder per elektronischer Post, per Fax oder mit der Post an uns zurück. Unsere Kontaktangaben finden Sie am Ende dieses Formulars. Füllen Sie dieses Formular bitte in DRUCKBUCHSTABEN aus.

## WICHTIGE HINWEISE

- Gemäß Abschnitt 25(5) (Kapitel 142) des Insurance Act (Versicherungsgesetz) (in seiner jeweils gültigen Fassung) sind Sie verpflichtet, in diesem Antragsformular vollständig und getreu alle Fakten, die Sie kennen oder kennen müssten und die Auswirkungen auf den von Ihnen beantragten Versicherungsschutz haben können, anzugeben. Andernfalls kann es sein, dass Sie keine Leistungen aus der Versicherung erhalten.
- Dieser Vertrag ist gezeichnet von Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V. Niederlassung Singapur („Cigna“) und wird in das Versicherungsregister von Singapur aufgenommen. Die Bedingungen dieses Vertrags unterliegen den Gesetzen von Singapur und sind gemäß diesen auszulegen.
- Bitte alle Fragen beantworten oder „Keine“ oder „Nicht zutreffend“ angeben.
- Dieser Vertrag fällt unter den Policy Owners' Protection Scheme (Versicherungsnehmerschutz), der von der Singapore Deposit Insurance Corporation („SDIC“) verwaltet wird. Der Versicherungsschutz in Verbindung mit Ihrem Vertrag erfolgt automatisch und erfordert keine weiteren Maßnahmen Ihrerseits. Wenn Sie weitere Informationen über die durch diesen Plan versicherten Leistungen und gegebenenfalls über die Deckungsgrenzen des Versicherungsschutzes benötigen, kontaktieren Sie uns bitte oder besuchen Sie die Website der General Insurance Association (GIA) oder der SDIC (www.gia.org.sg oder www.sdic.org.sg).

## ABSCHNITT A

### ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Füllen Sie diesen Abschnitt bitte für alle Personen aus, die von der Police abgedeckt werden sollen, darunter der Hauptversicherungsnehmer und alle Familienangehörigen.

### IHRE VERSICHERUNG

Für welche Versicherung stellen Sie einen Antrag?	Silver		Gold		Platinum	
---	--------	--	------	--	----------	--

### VERSICHERUNGSNEHMER

Sie müssen uns über Änderungen Ihrer Kontaktangaben in Kenntnis setzen, damit Sie unsere Schreiben auch sicher erhalten.

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Geschlecht (bitte abhaken)	Männlich	Weiblich	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Beruf			
Wohnanschrift			
Adresszeile 1			
Adresszeile 2			
Adresszeile 3			
Land		Postleitzahl	
Korrespondenzanschrift (falls abweichend von Ihrer Wohnanschrift)			
Adresszeile 1			
Adresszeile 2			
Adresszeile 3			
Land		Postleitzahl	
Telefonnummer tagsüber (Landesvorwahl - Nummer)			
Mobiltelefonnummer (Landesvorwahl - Nummer)			
Fax (Landesvorwahl - Nummer)			
E-Mail-Adresse			
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Wenn Sie derzeit in den USA wohnen, geben Sie uns bitte Ihre aktuelle Adresse in den USA unter Nennung des Bundesstaats und der Postleitzahl an:			
Adresse			
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	
Größe: Zentimeter		Gewicht: Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?	Ja	Nein	
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag	

FAMILIENANGEHÖRIGER 1									
Anrede		Vorname		Weitere Initialen		Nachname			
Beziehung zu Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich		Weiblich	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf					
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)									
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)									
<b>Größe:</b> Zentimeter				<b>Gewicht:</b> Kilogramm					
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?							Ja		Nein
Wenn <b>ja</b> , wie viele am Tag?		Weniger als 20 pro Tag				20 oder mehr pro Tag			

FAMILIENANGEHÖRIGER 2									
Anrede		Vorname		Weitere Initialen		Nachname			
Beziehung zu Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich		Weiblich	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf					
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)									
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)									
<b>Größe:</b> Zentimeter				<b>Gewicht:</b> Kilogramm					
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?							Ja		Nein
Wenn <b>ja</b> , wie viele am Tag?		Weniger als 20 pro Tag				20 oder mehr pro Tag			

FAMILIENANGEHÖRIGER 3									
Anrede		Vorname		Weitere Initialen		Nachname			
Beziehung zu Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich		Weiblich	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf					
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)									
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)									
<b>Größe:</b> Zentimeter				<b>Gewicht:</b> Kilogramm					
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?							Ja		Nein
Wenn <b>ja</b> , wie viele am Tag?		Weniger als 20 pro Tag				20 oder mehr pro Tag			

FAMILIENANGEHÖRIGER 4									
Anrede		Vorname		Weitere Initialen		Nachname			
Beziehung zu Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich		Weiblich	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf					
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)									
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)									
<b>Größe:</b> Zentimeter				<b>Gewicht:</b> Kilogramm					
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?							Ja		Nein
Wenn <b>ja</b> , wie viele am Tag?		Weniger als 20 pro Tag				20 oder mehr pro Tag			

## ABSCHNITT B

### ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Für welches Land möchten Sie einen Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> Weltweit	<input type="checkbox"/> Weltweit, ausschließlich USA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>			

### INTERNATIONALE HAUPTKRANKENVERSICHERUNG

Wählen Sie Ihre Eigenbeteiligung aus:	<input type="checkbox"/> 0 \$	<input type="checkbox"/> 375 \$	<input type="checkbox"/> 750 \$	<input type="checkbox"/> 1.500 \$	<input type="checkbox"/> 3.000 \$	<input type="checkbox"/> 7.500 \$	<input type="checkbox"/> 10.000 \$
	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 275 €	<input type="checkbox"/> 550 €	<input type="checkbox"/> 1.100 €	<input type="checkbox"/> 2.200 €	<input type="checkbox"/> 5.500 €	<input type="checkbox"/> 7.400 €
	<input type="checkbox"/> 0 £	<input type="checkbox"/> 250 £	<input type="checkbox"/> 500 £	<input type="checkbox"/> 1.000 £	<input type="checkbox"/> 2.000 £	<input type="checkbox"/> 5.000 £	<input type="checkbox"/> 6.650 £
Wählen Sie anschließend den Prozentsatz Ihrer Kostenbeteiligung aus:	<input type="checkbox"/> Keine Kostenbeteiligung		<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wählen Sie Ihre maximale Zuzahlung aus: (Das ist der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung im Rahmen einer internationalen Krankenversicherung, den Sie im Fall eines Erstattungsantrags oder im Fall von Erstattungsanträgen pro Deckungszeitraum bezahlen müssen)						<input type="checkbox"/> 2.000 \$	<input type="checkbox"/> 5.000 \$
						<input type="checkbox"/> 1.480 €	<input type="checkbox"/> 3.700 €
						<input type="checkbox"/> 1.330 £	<input type="checkbox"/> 3.325 £

### ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Möchten Sie eine der folgenden Optionen zusätzlich zu Ihrer Versicherung abschließen:

Internationaler Versicherungsschutz		Eigenbeteiligung					
Ja	Nein	0 \$	150 \$	500 \$	1.000 \$	1.500 \$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 €	110 €	370 €	700 €	1.100 €	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 £	100 £	375 £	600 £	1.000 £	
		<b>Eigenbeteiligung</b> (eine maximale Zuzahlung von 3.000 \$ / 2.200 € / 2.000 £ wird für Eigenbeteiligungen beim internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen angewandt)					
		<input type="checkbox"/> Keine Kostenbeteiligung	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/>	
<b>Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™</b>						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden</b>						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen</b>						<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte beachten Sie, dass unser internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™, unsere internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden und unser internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen nur in Verbindung mit der Internationalen Krankenversicherung erworben werden können.

Bitte beachten Sie, dass jede ausgewählte Versicherung für alle Familienangehörigen gelten wird.

Ihre Versicherungswahl kann nur bei einer Policenerneuerung geändert werden. Wenn Sie die Höhe der Deckung bei einer Erneuerung anheben möchten, finden möglicherweise vollständige medizinische Risikoprüfungen und Karenzzeiten Anwendung. Außerdem ist ein zusätzlicher Prämienbetrag fällig.

# ABSCHNITT C

## VERTRAULICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Nun benötigen wir ein paar Informationen über Ihre Krankengeschichte und die Krankengeschichte aller Personen, die in Abschnitt A angegeben werden. Wenn Sie eine Frage mit Ja beantworten, geben Sie bitte alle Einzelheiten in Abschnitt D an.

Danach können wir Ihren Antrag abschließen. Beim Ausfüllen dieses Formulars kann es hilfreich sein, die relevanten medizinischen Unterlagen zur Hand zu haben. In Abhängigkeit von Ihrer Krankengeschichte benötigen wir evtl. weitere Informationen, bevor wir Ihre Versicherung abschließen können.

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen sehr sorgfältig durch. Achten Sie bitte darauf, alle Fragen ehrlich und vollständig zu beantworten. Eine achtlose ungenaue Darstellung könnte dazu führen, dass Cigna den Betrag der Erstattungen verhältnismäßig herabsetzt; eine vorsätzliche oder fahrlässige ungenaue Darstellung könnte zu der Verweigerung von Erstattungen durch Cigna und/oder zu der Kündigung der Versicherung führen. Wenn Sie beim Ausfüllen Ihres Antrags Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Sind Sie sich bei der Antwort auf eine Frage nicht sicher, sollten Sie die notwendigen Recherchen anstellen, damit Sie uns eine genaue Antwort geben können.

Erfolgte bei einem der Antragsteller eine Behandlung, ein Test, eine Untersuchung, eine Diagnose oder zeigten sich Symptome von:		VERSICHERUNGSNEHMER		FAMILIENANGEHÖRIGER 1		FAMILIENANGEHÖRIGER 2		FAMILIENANGEHÖRIGER 3		FAMILIENANGEHÖRIGER 4	
1	<b>Diabetes und sonstigen hormonellen Störungen (Drüsenkrankheiten),</b> z. B. Schilddrüsenstörung, Gewichtsprobleme, Gichtarthritis, Hypophyse oder Nebennierenerkrankungen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2	<b>Herzbeschwerden oder Durchblutungsstörungen,</b> z. B. Brustschmerz, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, koronare Gefäßerkrankung, Angina, Arrhythmie, Aneurysma oder Herzgeräusch?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3	<b>Krebs, Tumore oder Geschwülste,</b> einschließlich Polypen, Zysten oder Knoten in der Brust?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4	<b>Muskel- oder Skeletterkrankungen,</b> z. B. Rückenschmerzen, Schleudertrauma, Arthritis, Gelenkschmerz oder -beschwerden, Gicht, Knochenbrüche, Knorpel, Sehnen- oder Bänderbeschwerden?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
5	<b>Asthma, Allergien, Atemstörung oder Atemwegserkrankungen,</b> z. B. Brustkorbinfektionen, Lungenentzündung, Bronchitis, Atemnot, Nasenschleimhautentzündung, Tb, Lungenaufblähung oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6	<b>Gallenblase, Bauch-, Darm-, Magen- oder Leberprobleme,</b> z. B. Reizdarm, Dickdarmentzündung, Cronsche Krankheit, Magengeschwür oder Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Reflux, Verdauungsstörung, Sodbrennen, Gallensteine, Leistenbruch, Hämorrhoidie oder Hepatitis?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
7	<b>Hirnleistungs- oder neurologische Störungen,</b> z. B. multiple Sklerose, Epilepsie oder Ikten, Schlaganfall, Migräne, periodisch wiederkehrende oder schwere Kopfschmerzen, Meningitis, Gürtelrose oder Nervenschmerzen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
8	<b>Hautprobleme,</b> z. B. Ekzem, Akne, Leberflecken, Hautausschläge, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
9	<b>Blut, infektiöse oder Immunerkrankungen,</b> z. B. hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder RoterWolf?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
10	<b>Harn- oder Fortpflanzungsstörungen,</b> z. B. Harntraktinfektionen, Nierenprobleme, Fibrome, schmerzhaftes, unregelmäßige oder starke Monatsblutungen, Fruchtbarkeitsprobleme, polyzystisches Ovarsyndrom, Endometriose, testikuläre oder Prostatabeschwerden?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

		VERSICHERUNGSGE- NEHMER		FAMILIENANGE- HÖRIGER 1		FAMILIENANGE- HÖRIGER 2		FAMILIENANGE- HÖRIGER 3		FAMILIENANGE- HÖRIGER 4	
<b>11</b>	<b>Angst, Depression, psychiatrische oder psychische Gesundheitsprobleme,</b> einschließlich Essstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom, Alkohol- oder Drogenprobleme?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
<b>12</b>	<b>Ohren-, Nasen-, Hals-, Augen- oder Zahnbeschwerden,</b> z. B. Ohrenentzündung, Sinus-Beschwerden, Beschwerden mit den Mandeln und Polypen, Katarakte, Glaukom, Beschwerden mit den Weisheitszähnen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
<b>Bitte beantworten Sie auch die folgende Frage:</b>											
<b>13</b>	Hat eine der Personen eine Krankheit, Erkrankung oder ein Symptom, die noch nicht erwähnt wurden? Schließen Sie bitte auch Einzelheiten von bekannten oder vermuteten Problemen ein, ganz gleich ob ärztlicher Rat aufgesucht oder eine Diagnose erhalten wurde oder nicht.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
<b>14</b>	Nimmt eine der Personen Medikamente ein oder erhält eine Behandlung irgendeiner Art oder wartet auf eine Nachuntersuchung oder Verlaufsuntersuchung für ein aktuelles oder vergangenes medizinisches Problem?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

# ABSCHNITT D

## ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSDATEN

Wenn Sie eine der Fragen in Abschnitt C mit ‚Ja‘ beantwortet haben, geben Sie uns bitte weitere Informationen dazu an. Wenn Sie unsicher sind, ob bestimmte Einzelheiten relevant sind oder nicht, geben Sie sie trotzdem an. Wenn Sie noch mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt.

	<b>Abschnitt C Frage Nummer</b>	<b>Der Name der Erkrankung oder des medizinischen Problems. Falls zutreffend, geben Sie den betroffenen Körperbereich an</b> (z. B. linker Arm, rechter Fuß).	<b>Wann sind die Symptome aufgetreten und wann hatten Sie zum letzten Mal Symptome?</b>	<b>Welche Behandlung haben Sie erhalten?</b> (Einzelheiten zum Medikament und zu den Daten, an denen die Behandlung begonnen und beendet wurde, angeben.)	<b>Wie ist der aktuelle Stand der Erkrankung oder des medizinischen Problems?</b> (Z. B. laufend, abgeschlossen, Gesundung, rezidivierend oder wahrscheinlich wiederkehrend.)
<b>VERSICHERUNGSNEHMER</b>					
<b>FAMILIENAN-GEHÖRIGER 1</b>					
<b>FAMILIENAN-GEHÖRIGER 2</b>					
<b>FAMILIENAN-GEHÖRIGER 3</b>					
<b>FAMILIENAN-GEHÖRIGER 4</b>					

## ABSCHNITT E

### ERKLÄRUNG FÜR ALLE KUNDEN

Ich erkläre hiermit, dass ich mich nach besten Kräften um eine korrekte, ehrliche und vollständige Beantwortung aller Fragen bemüht habe. Ich bestätige, dass Cigna den Betrag von Erstattungen verhältnismäßig herabsetzen kann, wenn ich aufgrund von Unachtsamkeit nicht alle Fragen richtig und vollständig beantworte. Ich bestätige außerdem, dass Cigna Erstattungsanträge ablehnen und/oder die Versicherung kündigen kann, wenn ich vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben bei der Beantwortung der Fragen mache.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede einzelne Person, die durch diese Police abgedeckt wird. Die Nichterfüllung dieser Pflicht durch eine versicherte Person kann die Deckung oder Bezahlung ihrer Erstattungen beeinträchtigen. Die Deckung oder Bezahlung von Erstattungen in Bezug auf andere versicherte Personen bleibt davon jedoch unberührt, es sei denn diese Person hat ebenfalls nachlässige, vorsätzliche oder achtlose ungenaue Darstellungen in Bezug auf unsere Fragen übermittelt. Ich sichere zu und gewährleiste, dass ich die Zustimmung der jeweiligen versicherten Person erhalten habe, persönliche Angaben offenzulegen, einschließlich sensibler persönlicher Angaben (z. B. medizinische Angaben), die in diesem Formular für Sie enthalten sind. Ich bestätige, dass sich jede versicherte Person ihrer Pflicht bewusst ist, Ihre Fragen mit angemessener Sorgfalt genau, ehrlich und vollständig und nach bestem Wissen zu beantworten.

**(Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie obige Angaben im Namen einer anderen Person machen, verpflichtet sind, die Zustimmung, die Sie hiermit übermitteln, in Form der tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen Ihrer versicherten Familienmitglieder nachzuweisen?)**

Ich schlage Cigna hiermit als Beginn der Deckung das Deckungsdatum oder ein anderes vereinbartes Datum vor. Für den Fall, dass festgestellt wird, dass ich oder irgendeine versicherte Person vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder ungenaue Angaben übermittelt habe bzw. hat, kann Cigna den Versicherungsvertrag für ungültig erklären, insofern als sich dieser auf mich oder die versicherte Person bezieht, und kann alle Erstattungsanträge ablehnen und einbezahlte Prämien einbehalten, es sei denn die Einbehaltung der Prämien wäre nicht gerechtfertigt. Ich habe die Versicherungsbedingungen und den Kundenleitfaden, die einen Bestandteil meines Versicherungsvertrags bilden, sorgfältig gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden, diese einzuhalten.

Unterschrift

Datum

### BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Personen, die (1) einen unwahrheitsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrag oder einen Erstattungsantrag im Rahmen einer Police unter falschen oder irreführenden Angaben stellen; oder die (2) einen Versicherungs- bzw. einen Erstattungsantrag im Rahmen einer Police stellen und dabei erforderliche Angaben absichtlich zurückhalten, machen sich gegebenenfalls des Betrugs strafbar. Wenn wir Grund zur Annahme haben, dass ein gestellter Erstattungs- oder Versicherungsantrag einen betrügerischen Hintergrund hat, werden wir diesen eingehend prüfen. Jeglicher Betrug kann dazu führen, dass Ihre Police gekündigt wird und Ihre Erstattungsanträge nicht berücksichtigt werden. Zum Zweck der Betrugaufdeckung und -vermeidung werden wir möglicherweise Informationen in Zusammenhang mit mutmaßlichen Betrugsfällen an andere Versicherungsunternehmen und/oder die Strafverfolgungsbehörden weiterleiten.

### DATENSCHUTZ

Indem ich die in diesem Antragsformular genannten Informationen bereitstelle, erkläre ich mich einverstanden und stimme zu, dass Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Niederlassung Singapur („Cigna“) und die angegliederten Unternehmen von Cigna (gemeinsam als „Unternehmen“ bezeichnet) sowie die beauftragten Dienstleister der Unternehmen und beteiligten Dritten meine personenbezogenen Daten erheben, verwenden und/oder offenlegen, sofern dies zum Zwecke zur Bewertung meines Antrags und für die Bereitstellung der von mir beantragten Produkte oder Dienstleistungen durch die Unternehmen und für andere Zwecke, wie in der Datenschutzrichtlinie von Cigna beschrieben, erforderlich ist.

**Ich bestätige, dass ich die Datenschutzrichtlinie von Cigna, die auf der Webseite von Cigna abrufbar ist, gelesen und verstanden habe.**

Hinsichtlich des/der Mitversicherten, die in diesem Antragsformular angegeben sind, bestätige ich hiermit den Unternehmen und sichere zu, dass jeder Mitversicherte im Rahmen der Versicherung, die ich beantrage („Mitversicherter“) in die Offenlegung seiner personenbezogenen Daten gegenüber den Unternehmen und des Weiteren der Erhebung, Verwendung und/oder Offenlegung der personenbezogenen Daten des Mitversicherten durch die Unternehmen, beauftragten Dienstleister der Unternehmen und beteiligten Dritten eingewilligt und dieser zugestimmt hat, sofern dies zum Zwecke zur Bewertung meines Antrags und für die Bereitstellung der von mir beantragten Produkte oder Dienstleistungen durch die Unternehmen und für andere Zwecke, wie in der Datenschutzrichtlinie von Cigna beschrieben, erforderlich ist. Hiermit bestätige ich gegenüber den Unternehmen, dass der/die Mitversicherte(n) die Datenschutzrichtlinie von Cigna gelesen und verstanden hat/haben.



## SONDERANGEBOTE, AKTIONEN UND LEISTUNGEN

Wir würden Sie gerne über unsere Sonderangebote, Aktionen, Produkte und Dienstleistungen, die für Sie interessant sein könnten, auf dem Laufenden halten. Kreuzen Sie bitte Folgendes an, wenn Sie solche Informationen erhalten möchten: (Sie können mehrere Optionen wählen.)

Ich willige ein, dass die Unternehmen meine personenbezogenen Daten in ihren Aufzeichnungen für Marketing- oder Werbezwecke erfassen, verwenden und offenlegen und mir solche Informationen auf folgendem Wege übermitteln:

<b>Sprachanrufe, SMS und Fax</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Post und E-Mail</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Unterschrift des Hauptversichernehmers</b>		
<b>Datum</b>		

## ABSCHNITT F

### ZAHLUNGSANGABEN

Diese Seite, einschließlich Ihrer Kartenangaben, wird sicher entsorgt, sobald Ihr Antrag bearbeitet wurde und die Zahlungsdetails sicher gespeichert wurden.

### ZAHLUNGSDetails FÜR IHRE PRÄMIE

Zahlungswährung	<input type="checkbox"/> US-Dollar	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Pfund Sterling	<input type="checkbox"/>	
Zahlungsintervall	<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Vierteljährlich	<input type="checkbox"/> Jährlich	<input type="checkbox"/>	
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte	<input type="checkbox"/> Banküberweisung (nur jährliche Zahlung) (Wir rufen Sie bei Eingang Ihres Antrags an, um Ihnen die relevanten Einzelheiten zukommen zu lassen)			
Kredit-/Debitkartennummer					
Kartentyp	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Name des Karteninhabers					
Datum, ab dem die Karte gültig ist (MM/JJ)			Ablaufdatum der Karte (MM/JJ)		
Sicherheitscode (Die 3-stellige Nummer auf der Rückseite der meisten Karten. Bei American Express-Karten ist dies die 4-stellige Nummer, rechts auf der Vorderseite der Karte)					
Bitte geben Sie an, ob der Versicherungsnehmer auch der Kreditkarteninhaber ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Sollte der Kreditkarteninhaber nicht der Versicherungsnehmer sein, geben Sie bitte dessen Beziehung zum Versicherungsnehmer an	<input type="checkbox"/> Andere Begünstigte		<input type="checkbox"/> Arbeitgeber		
	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Andere		
Geburtsdatum des Karteninhabers (TT/MM/JJJJ)					
Nationalität des Karteninhabers					
Entspricht die Rechnungsadresse für die Kreditkarte der Wohnsitzadresse Ihrer Versicherungspolice?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Wenn nein, übermitteln Sie bitte die vollständige Rechnungsanschrift					
<b>Kreditkartenermächtigung:</b> Ich ermächtige Cigna, mein Kredit-/Debitkartenkonto mit meiner Gesundheitsprämie (die mir bei Annahme der Versicherung/Erneuerung bekannt gegeben wird) zu belasten. Dies wird fortgesetzt, bis die Anweisung widerrufen wird, und ich werde Cigna eine schriftliche Anündigung gemäß meinen Vertragsbedingungen übermitteln.					
Unterschrift des Karteninhabers					
Datum (TT/MM/JJJJ)					

## PRODUKTZUSAMMENFASSUNG

Diese Produktzusammenfassung enthält lediglich allgemeine Informationen. Sie stellt keinen Versicherungsvertrag dar. Die genauen Bedingungen dieses Vertrags entnehmen Sie bitte den Vertragsbedingungen. Ich bestätige hiermit, dass mir folgende Dokumente ausgehändigt und ihre Inhalte erklärt wurden:

- (a) Ihre Übersicht zur Krankenversicherung (in Form einer physischen Kopie oder einer Information zum Einsehen oder Herunterladen unter [www.gia.org.sg](http://www.gia.org.sg) oder [www.cigna.com.sg](http://www.cigna.com.sg)) und
- (b) Produktzusammenfassung.

**Unterschrift des Kunden** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Vermittlers** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

Sie können Rat von einem qualifizierten Berater einholen, bevor Sie sich verpflichten, dieses Produkt zu kaufen. Falls Sie sich entscheiden, keine Beratung von einem qualifizierten Berater einzuholen, sollten Sie überlegen, ob das betreffende Produkt für Sie geeignet ist. Der Kauf von Krankenversicherungsprodukten, die für Sie nicht geeignet sind, kann Ihre Fähigkeit beeinträchtigen, Ihre zukünftigen gesundheitlichen Bedürfnisse zu finanzieren. Wenn Sie sich nach dem Kauf entscheiden, dass die Versicherung nicht geeignet ist, können Sie die Versicherung, sofern zutreffend, gemäß der Probezeitbestimmung kündigen und wir können Kosten von Ihnen zurückfordern, die uns im Rahmen der Unterzeichnung der Versicherung entstanden sind.

# PRODUKTINFORMATIONEN

## INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Unsere Versicherungen umfassen drei klar definierte 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, psychiatrischen Behandlungen und vielem mehr.

<b>Jährliche Leistungen gesamt - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dazu zählen Erstattungen, die in allen Bereichen der internationalen Krankenversicherung ausbezahlt wurden.	<b>1.000.000 \$</b> <b>800.000 €</b> <b>650.000 £</b>	<b>2.000.000 \$</b> <b>1.600.000 €</b> <b>1.300.000 £</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

<b>Krankenhausgebühren</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
	<b>Einzelzimmer</b>	<b>Einzelzimmer</b>	<b>Einzelzimmer</b>

- › Pflege und Unterbringung für stationäre und teilstationäre Behandlung sowie Aufwachraum
- › Operationssaal
- › Verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial nur für stationäre oder teilstationäre Behandlung
- › Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausschließlich erweiterte bildgebende Verfahren)
- › Behandlungsraum und Pflegekosten für ambulante Operationen (wir übernehmen nur die Pflegekosten während der Operation)
- › Intensivmedizin: Intensivtherapie, kardiologische Intensivversorgung und Überwachungsstation
- › Honorare für Chirurgen und Anästhesisten
- › Gebühren für fachärztliche Konsultationen für stationäre und teilstationäre Patienten
- › Zahnärztliche Notfallbehandlung bei stationären Patienten.

Wir werden mit Ihnen und Ihrem Arzt zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass Sie die angemessene Betreuung und Behandlung in der richtigen medizinischen Einrichtung erhalten.

### Wichtiger Hinweis:

Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen vor oder nach der Operation nur, wenn der Anspruchsberechtigte über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügt (es sei denn, die Behandlung erfolgt im Rahmen einer Krebsbehandlung).

<b>Krankenhausunterbringung eines Elternteils oder eines Erziehungsberechtigten</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>1.000 \$</b> <b>740 €</b> <b>665 £</b>	<b>1.000 \$</b> <b>740 €</b> <b>665 £</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Wenn ein Anspruchsberechtigter unter 18 Jahren eine stationäre Behandlung benötigt und über Nacht im Krankenhaus bleiben muss, übernehmen wir auch die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im Krankenhaus, wenn eine Unterbringung im selben Krankenhaus möglich ist und die Kosten dafür angemessen sind.

Wir übernehmen die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im Krankenhaus nur dann, wenn die Behandlung, die der Anspruchsberechtigte während seines Aufenthalts im Krankenhaus erhält, von diesem Versicherungsvertrag gedeckt ist.

<b>Stationäre Geldleistungen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Pro Nacht bis zu 30 Tagen pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>100 \$</b> <b>75 €</b> <b>65 £</b>	<b>100 \$</b> <b>75 €</b> <b>65 £</b>	<b>200 \$</b> <b>150 €</b> <b>130 £</b>

Wir kommen direkt für Kosten der Anspruchsberechtigten auf, wenn sie:

- › im Krankenhaus eine Behandlung erhalten, die von dieser Versicherung abgedeckt ist,
- › über Nacht in einem Krankenhaus bleiben und
- › Das Krankenhaus keine Gebühren für die Zimmer-, Verpflegungs- und Behandlungskosten vom Anspruchsberechtigten, einer Versicherungsgesellschaft und/oder einer zuständigen lokalen Staats- oder Regierungsbehörde verlangt.

<b>Unfall- und Notfallbehandlungen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>500 \$</b> <b>370 €</b> <b>335 £</b>	<b>1.000 \$</b> <b>740 €</b> <b>665 £</b>	<b>1.200 \$</b> <b>1.000 €</b> <b>800 £</b>

Wir übernehmen die Kosten für notwendige Notfallbehandlungen auf ambulanter Basis in einer Notaufnahme eines Krankenhauses nach einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung und/oder in lebensbedrohlichen Situationen, sofern der Anspruchsberechtigte aus medizinischen Gründen kein Bett über Nacht belegt.

**Wichtige Hinweise:**

- › Wenn Sie den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gewählt haben, werden diese Leistungen und die Limits zuerst erfüllt, erst danach können die anwendbaren Leistungen Ihres internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen in Anspruch genommen werden.
- › Bei diesen Leistungen gelten die entsprechende Selbstbeteiligung und die Umlage (falls zutreffend) des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen.

<b>Transplantationen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

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 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 Verfahren erleidet.

<b>Erweiterte bildgebende Verfahren (MRT, CT und PET)</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b>	<b>15.000 \$</b> <b>12.000 €</b> <b>9.650 £</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Wir übernehmen die Kosten für erweiterte bildgebende Verfahren, wenn diese von einem Arzt als Teil der stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung eines Begünstigten empfohlen werden.

<b>Rehabilitation</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b> <b>bis zu 30 Tagen</b>	<b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b> <b>bis zu 60 Tagen</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>  <b>bis zu 90 Tagen</b>
<p>Wir übernehmen die Kosten für Rehabilitationsbehandlungen einschließlich Krankengymnastik, Ergotherapie, Herz- und Lungentherapie, kognitiver Therapie und Logopädie.</p> <p>Wir übernehmen nur die Rehabilitationsbehandlungen unmittelbar nach der Operation und/oder nach dem Trauma. Wenn es erforderlich ist, die Rehabilitationsbehandlung in einem Rehabilitationszentrum durchzuführen, kommen wir für die Unterbringung und Verpflegung auf.</p> <p>Um zu bestimmen, wann die Tagesgrenze erreicht ist, zählen wir jede Übernachtung, während der ein Anspruchsberechtigter stationär oder teilstationär behandelt wird, als einen Tag.</p> <p>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.</p> <p><b>Wichtiger Hinweis:</b></p> <p>Wir genehmigen Rehabilitationsbehandlungen nur, wenn der behandelnde Facharzt uns einen Bericht vorlegt, in dem erklärt wird, wie lange der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss, welche Diagnose er hat und welche Behandlung er erhalten hat oder erhalten muss.</p>			

<b>Häusliche Pflege</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>2.500 \$</b> <b>1.850 €</b> <b>1.650 £</b> <b>bis zu 30 Tagen</b>	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b> <b>bis zu 60 Tagen</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>  <b>bis zu 120 Tagen</b>
<p>Wir kommen für die Kosten für häusliche Pflege nur auf, wenn sie bei dem Anspruchsberechtigten zu Hause durch eine qualifizierte Pflegekraft erfolgt und wenn sie medizinisch notwendige Pflege, die normalerweise in einem Krankenhaus bereitgestellt würde, umfasst. Wir bezahlen keine häusliche Pflege, die nur nicht-medizinische Pflege oder persönliche Hilfe darstellt.</p> <p>Wir übernehmen die häusliche Pflege eines Anspruchsberechtigten, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sie von einem Facharzt nach einer stationären oder teilstationären Behandlung empfohlen wird, die von diesem Vertrag abgedeckt wird,</li> <li>➤ sie sofort beginnt, nachdem der Anspruchsberechtigte das Krankenhaus verlassen hat, und</li> <li>➤ sie die Zeit verkürzt, die der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss.</li> </ul>			

<b>Akupunktur und chinesische Medizin</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>1.500 \$</b> <b>1.100 €</b> <b>1.000 £</b>	<b>2.500 \$</b> <b>1.850 €</b> <b>1.650 £</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
<p>Wir bezahlen für Akupunktur und chinesische Medizin nur, wenn es sich nicht um die primäre Behandlung handelt, die der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus erhalten soll.</p> <p>Beim Akupunkteur bzw. beim Praktiker für chinesische Medizin muss es sich um einen qualifizierten Physiotherapeuten handeln, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist.</p>			

<b>Palliativmedizin</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
	Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>35.000 \$</b> <b>25.900 €</b> <b>23.275 £</b>	<b>60.000 \$</b> <b>44.400 €</b> <b>38.400 £</b>

Wir übernehmen die Palliativpflege, wenn einem Anspruchsberechtigten eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird und seine Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt und keine wirksame Behandlung zur Verfügung steht, die die Genesung wirkungsvoll unterstützt.

Wir übernehmen die Kosten für:

- › Häusliche Pflege;
- › Stationäre und teilstationäre Pflege und Unterbringung in einem Krankenhaus oder in einem Hospiz;
- › Verschriebene Medikamente
- › Körperliche und psychologische Betreuung.

<b>Prothesen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
	Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Wir kommen für interne und externe Prothesen auf, die im Rahmen der Behandlung eines Anspruchsberechtigten erforderlich sind, vorbehaltlich der weiter unten erklärten Einschränkungen.

Wir übernehmen die Kosten für:

- › eine Prothese, die für die Behandlung unmittelbar nach einer Operation notwendig ist, solange dies aus medizinischer Sicht oder als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig notwendig ist;
- › Eine externe Erstprothese (aber keine Ersatzprothesen) für Anspruchsberechtigte, die mindestens 18 Jahre alt sind, pro Versicherungszeitraum.

Bei Anspruchsberechtigten bis zu 17 Jahren zahlen wir eine externe Erstprothese und bis zu zwei Ersatzprothesen pro Versicherungsdauer.

Wenn ein Anspruchsberechtigter während des Versicherungszeitraums eine Ersatzprothese benötigt, verlangen wir einen entsprechenden ärztlichen Bericht.

<b>Lokaler Krankentransport und Luftambulanz</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
	Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Sofern es aus medizinischer Sicht notwendig ist und mit einer abgedeckten Krankheit in Verbindung steht, zahlen wir einen lokalen Rettungswagen oder eine Luftambulanz, um einen Anspruchsberechtigten:

- › vom Ort eines Unfalls oder einer Verletzung zu einem Krankenhaus zu transportieren,
- › von einem Krankenhaus zu einem anderen zu transportieren oder
- › von seinem Zuhause zu einem Krankenhaus zu bringen.

Wir übernehmen die Kosten für eine lokale Luftambulanz nur, wenn dies angemessen ist, wie beispielsweise einen Hubschrauber, um einen Anspruchsberechtigten über Entfernungen bis zu 160 Kilometern zu transportieren, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist.

Medizinische Evakuierung oder Rückführungen sind nur dann abgedeckt, wenn Sie einen internationalen Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™ haben. Einzelheiten zu dieser Option finden Sie auf Seite 29 dieses Kundenleitfadens.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Psychiatrische Behandlung und Verhaltenstherapie</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b> <b>Bis zu 30 Tagen</b> (stationäre und teilstationäre Behandlung)	<b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b> <b>Bis zu 60 Tagen</b> (stationäre und teilstationäre Behandlung)	<b>Vollständige Kostenübernahme</b> <b>Bis zu 90 Tagen</b> (stationäre und teilstationäre Behandlung)

Wir übernehmen die Kosten für:

- › Evidenzbasierte und aus medizinischer Sicht notwendige Behandlung, die von einem Arzt empfohlen wird.
- › Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlungen, die von einem Psychologen und/oder Psychiater ausgeführt werden, der im Gebiet, in dem die Behandlung vorgenommen wird, lizenziert ist.

#### Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Wir übernehmen die Kosten für:

- › Medizinische Kosten, einschließlich Arzt- und Kinderarztbesuche im Zusammenhang mit Autismus und der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nur auf ambulanter Basis, die eine evidenzbasierte Behandlung darstellen und aus medizinischer Sicht notwendig sind.
- › Die Bewertung und diagnostische Tests für Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Vorliegen von Symptomen.
- › Verhaltenstherapie, wenn sie nach einer evidenzbasierten Behandlung aus medizinischer Sicht notwendig ist.

#### Wichtige Hinweise:

Wir übernehmen keine Kosten für:

- › Pädagogische Maßnahmen, Logopädie und Sprechhilfen.
- › Medikamente, die auf ambulanter Basis im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen verschrieben werden, außer wenn Sie über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügen.

Alle stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen bedürfen einer Vorabgenehmigung.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Behandlungen bei Fettleibigkeit</b> Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 24 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>70 % Rückerstattung bis zu:</b> <b>20.000 \$</b> <b>14.800 €</b> <b>13.300 £</b>	<b>80 % Rückerstattung bis zu:</b> <b>25.000 \$</b> <b>18.500 €</b> <b>16.500 £</b>

Wir bezahlen für Operationen bei Fettleibigkeit für Anspruchsberechtigte über 18 Jahren, wenn es dokumentierte Beweise dafür gibt, dass in den letzten 24 Monaten alle anderen Methoden für Gewichtsabnahme, einschließlich, aber nicht nur Abnehmkurse, Ernährungsprogramme, Hilfsmittel und Medikamente ausprobiert wurden.

#### Wichtige Hinweise:

- › Der Anspruchsberechtigte muss ein Body-Mass-Index (BMI) von 40 oder mehr und eine Diagnose über eine krankhafte Fettsucht haben;
- › Er muss dokumentierte Beweise über andere Methoden für Gewichtsabnahme vorlegen können, die er in den vergangenen 24 Monaten versucht hat;
- › Er muss sich einer psychologischen Untersuchung unterzogen haben, bei der bestätigt wurde, dass dieses Verfahren für ihn angemessen ist.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Präventive Krebsoperationen</b> Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>70 % Rückerstattung bis zu:</b> <b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b>	<b>80 % Rückerstattung bis zu:</b> <b>18.000 \$</b> <b>13.300 €</b> <b>12.000 £</b>	<b>90 % Rückerstattung bis zu:</b> <b>18.000 \$</b> <b>13.300 €</b> <b>12.000 £</b>

Wir übernehmen die Kosten für eine präventive Operation, wenn ein Anspruchsberechtigter eine signifikante familiäre Vorgeschichte einer Krankheit hat, die Teil eines erblichen Krebs-Syndroms (wie Eierstockkrebs) ist und wenn er sich einer genetischen Untersuchung unterzogen hat, bei der das Vorhandensein eines erblichen Krebs-Syndroms nachgewiesen wurde.

Wir übernehmen die Kosten für die genetische Untersuchung nur, wenn der Anspruchsberechtigte den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlung Gold oder Platinum unterzeichnet hat.



<b>Krebsbehandlungen</b>	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Nach einer Krebsdiagnose übernehmen wir die Kosten für die Behandlung von Krebs, wenn die Behandlung von uns als aktive und evidenzbasierte Behandlung angesehen wird, unabhängig davon, ob der Anspruchsberechtigte über Nacht in einem Krankenhaus bleibt oder sich ambulant oder teilstationär behandeln lässt.

Wir übernehmen die Kosten für die genetische Untersuchung nur, wenn der Anspruchsberechtigte den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlung Gold oder Platinum unterzeichnet hat.

<b>Erbkrankheiten</b>	Silver	Gold	Platinum
	Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b>	<b>20.000 \$</b> <b>14.800 €</b> <b>13.300 £</b>

Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Behandlung von Erbkrankheiten, die vor dem 18. Geburtstag eines Anspruchsberechtigten aufgetreten sind, unabhängig vom Alter des Anspruchsberechtigten zum Zeitpunkt der Behandlung.

**Wichtige Hinweise:**

- › Wir übernehmen nicht die Kosten für die Behandlung von Erbkrankheiten als andere Leistungen des Leistungsverzeichnisses, außer
- › A. wenn die Erbkrankheit nach dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten diagnostiziert wurde. Die Behandlung unterliegt den geltenden Grenzen für stationäre und teilstationäre Leistungen.

<b>Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Versicherungsgebiets</b>	Silver	Gold	Platinum
	Anspruchsberechtigte, die die Option Weltweit einschließlich USA gewählt haben.  Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>100.000 \$</b> <b>75.000 €</b> <b>65.000 £</b>  (Stationäre und teilstationäre Behandlung)	<b>250.000 \$</b> <b>200.000 €</b> <b>162.500 £</b>  (Stationäre und teilstationäre Behandlung)

Notfallbehandlungen für stationäre und teilstationäre Behandlungen während kurzer Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres Versicherungsgebietes in lebensbedrohlichen Situationen.

**Wichtige Hinweise:**

Der Anspruchsberechtigte darf für die Krankheit, für die die Notfallbehandlung erforderlich ist, vor Beginn der Reise keine Behandlung erhalten haben, keine Symptome gezeigt und keine medizinische Beratung in Anspruch genommen haben.

Die Versicherung gilt nur:

- für eine Dauer von maximal 21 Tagen pro Reise und
- für eine Dauer von maximal 60 Tagen insgesamt pro Versicherungszeitraum für alle Reisen zusammen.
- › Wenn Sie in Ihrem Vertrag den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen unterzeichnet haben, sind die Anspruchsberechtigten nur für ambulante Notfallbehandlungen versichert. Der Versicherungsschutz unterliegt der jährlichen Gesamtleistungsgrenze und den individuellen Leistungsgrenzen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen.
- › Gebühren in Bezug auf Mutterschaft, Schwangerschaft, Geburt oder Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt sind von diesem Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Versicherungsgebiets ausgeschlossen.
- › Diese Leistung kann nicht beansprucht werden, wenn Sie die Option „Weltweit einschließlich USA“ gewählt haben.
- › Wir benötigen einen Nachweis für Ihre Ein- und Ausreise in/aus den USA.
- › Diese Option ist nicht verfügbar, wenn Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts die USA ist.
- › Der Erhalt der medizinischen Behandlung darf nicht das Ziel dieser Reise sein.
- › Eine Notfallbehandlung ist nur anwendbar, wenn Sie nicht bereits über eine vom Staat vorgesehene Gesundheitsfürsorge in dem Land verfügen.

## VERSORGUNG VON ELTERN UND BABY

<b>Routinemäßige Mutterschaftsleistungen</b> (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p> <p>Leistung erhältlich, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang durch den Versicherungsvertrag versichert ist.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>7.000 \$</b> <b>5.500 €</b> <b>4.500 £</b>	<b>14.000 \$</b> <b>11.000 €</b> <b>9.000 £</b>
<p>Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Behandlungen je nach Fall auf stationärer oder ambulanter Basis, wenn die Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate Anspruchsberechtigte unter diesem Vertrag war:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Krankenhausgebühren und Honorare für Geburtshelfer und Hebammen bei routinemäßigen Entbindungen und</li> <li>› alle Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen.</li> </ul> <p>Wir zahlen nicht für Leihmutterschaften oder damit in Zusammenhang stehende Behandlungen. Wir zahlen keine Mutterschaftsleistungen oder Behandlungen für eine Anspruchsberechtigte, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als Leihmutter für eine Anspruchsberechtigte fungiert.</p>			

<b>Komplikationen während der Schwangerschaft</b> (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p> <p>Leistung erhältlich, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang durch den Versicherungsvertrag versichert ist.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>14.000 \$</b> <b>11.000 €</b> <b>9.000 £</b>	<b>28.000 \$</b> <b>22.000 €</b> <b>18.000 £</b>
<p>Wir zahlen stationäre oder ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung, wenn die Mutter mindestens 12 zusammenhängende Monate eine Anspruchsberechtigte unter diesem Vertrag war. Hierunter fallen nur Erkrankungen, die eine direkte Folge der Schwangerschaft oder Entbindung sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Dieser Teil des Vertrags deckt keine Hausgeburten ab.</li> <li>› Wir zahlen nur für einen Kaiserschnitt, wenn er aus medizinischer Sicht notwendig ist. Wenn wir nicht bestätigen können, dass er aus medizinischer Sicht notwendig war, erstatten wir die Kosten nur bis zur Grenze der routinemäßigen Mutterschaftsleistungen.</li> </ul> <p>Wir zahlen nicht für Leihmutterschaften oder damit in Zusammenhang stehende Behandlungen. Wir zahlen keine Mutterschaftsleistungen oder Behandlungen für eine Anspruchsberechtigte, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als Leihmutter für eine Anspruchsberechtigte fungiert.</p>			

<b>Hausgeburten</b> (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)	Silver	Gold	Platinum
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p> <p>Leistung erhältlich, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang durch den Versicherungsvertrag versichert ist.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>500 \$</b> <b>370 €</b> <b>335 £</b>	<b>1.100 \$</b> <b>850 €</b> <b>700 £</b>
<p>Wir zahlen Honorare für Hebammen und Fachärzte im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate eine Anspruchsberechtigte im Rahmen dieses Vertrags war.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› 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 Liste der Leistungen enthaltenen Grenzen für Hausgeburten bezahlt werden.</li> </ul>			

Versorgung Neugeborener	Silver	Gold	Platinum
Bis zum angegebenen Höchstbetrag für den gewählten Versicherungsplan pro Versicherungszeitraum innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt.	25.000 \$ 18.500 € 16.500 £	75.000 \$ 55.500 € 48.000 £	156.000 \$ 122.000 € 100.000 £
Verfügbar, sobald mindestens ein Elternteil mindestens zwölf Monate lang unter dem Vertrag versichert ist*.			

Vorausgesetzt, dass das Neugeborene in den Vertrag aufgenommen wird, zahlen wir für:

- › bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt und
- › alle Behandlungen, die das Baby in den ersten 90 Tagen nach der Geburt benötigt, anstelle jeder anderen 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 Neugeborenen unter diesem Vertrag abgedeckt war, benötigen wir keine Informationen über den Gesundheitszustand des Neugeborenen und keine medizinischen Tests, sofern das Antragsformular innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei uns eingeht. Wenn ein Antrag jedoch mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei uns eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.
- › \*Wenn kein Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen von diesem Vertrag abgedeckt war, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. Dann können Sie einen Antrag zur Aufnahme des Neugeborenen in den Vertrag einreichen. Wenn das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden muss, teilen wir Ihnen dann mit, ob wir das Neugeborene versichern können, und informieren Sie gegebenenfalls über alle geltenden Sonderbedingungen und Ausschlüsse. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem Tag, an dem Sie die angebotenen Bedingungen akzeptieren.
- › Kinder, die von einer Leihmutter geboren oder adoptiert wurden, können erst versichert werden, wenn sie 90 Tage alt sind. Der Versicherungsschutz für das Neugeborene hängt von den Angaben in einem ausgefüllten Gesundheitsfragebogen ab, wobei wir besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse anwenden können.

Jede Behandlung, die bei Erbkrankheiten eines Neugeborenen erforderlich ist, wird als Leistung „Erbkrankheiten“ gemäß Seite 21 erbracht und unterliegt der Bedingung, dass der Neugeborene wie oben angeführt in den Vertrag aufgenommen wurde.

## IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND UMLAGE-OPTIONEN

Selbstbeteiligung	0 \$ 375 \$ 750 \$ 1.500 \$ 3.000 \$ 7.500 \$ 10.000 \$	0 € 275 € 550 € 1.100 € 2.200 € 5.500 € 7.400 €	0 £ 250 £ 500 £ 1.000 £ 2.000 £ 5.000 £ 6.650 £
Ein Selbstbeteiligungsbetrag ist die Summe, die Sie selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von Ihrer Versicherung vorgenommen werden.			

Umlage nach Abzug der Selbstbeteiligung	Wählen Sie zunächst den Prozentsatz Ihrer Umlage: 0 %/10 %/20 %/30 %
Die Umlage ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist.	

Maximale Zuzahlung	Wählen Sie anschließend Ihre maximale Zuzahlung:
Die maximale Zuzahlung ist die maximale Umlage, die Sie innerhalb eines Versicherungszeitraums entrichten müssten.	2.000 \$      5.000 \$
Der Betrag der Umlage wird nach Berücksichtigung der Selbstbeteiligung ermittelt. Nur Beträge, die Sie im Rahmen der Umlage entrichten, werden als Beitrag zur maximalen Zuzahlung gewertet.	1.480 €      oder      3.700 €
	1.330 £           3.325 £

AUF DEN FOLGENDEN SEITEN SIND DIE ZUSÄTZLICHEN LEISTUNGEN ERLÄUTERT, DIE SIE MÖGLICHERWEISE IHRER BASISDECKUNG, DER INTERNATIONALEN KRANKENVERSICHERUNG, HINZUGEFÜGT HABEN



**UM SICH ZU VERGEWISSERN, WELCHEN VERSICHERUNGSSCHUTZ SIE GEWÄHLT HABEN, KÖNNEN SIE EINFACH EINEN BLICK AUF IHRE VERSICHERUNGSBESCHEINIGUNG WERFEN.**

## INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR AMBULANTE BEHANDLUNGEN

Der internationale 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, Rehabilitation, genetischer Krebsuntersuchungen und vieles mehr.

Mit Ausnahme der folgenden Fälle benötigen Sie keine Vorabgenehmigung für ambulante Behandlungen:

- › Genetische Krebsuntersuchungen
- › Behandlungen gegen psychische und Verhaltensstörungen
- › Untersuchungen und Behandlung der Unfruchtbarkeit
- › Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterialien für mehr als 3 Monate
- › Physiotherapeutische, chiropraktische und osteopathische Behandlungen, wenn Sie mehr als 10 Sitzungen durchgeführt haben.

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

<b>Jährliche Leistungen gesamt - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Darin eingeschlossen sind Erstattungen, die in allen Bereichen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlung ausbezahlt wurden.	<b>15.000 \$</b> <b>12.000 €</b> <b>9.650 £</b>	<b>35.000 \$</b> <b>25.900 €</b> <b>23.275 £</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

<b>Beratungen mit praktischen und Fachärzten</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir zahlen für Konsultationen mit bzw. Besuche bei Ärzten, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu diagnostizieren oder um eine Behandlung zu vereinbaren oder durchzuführen.</li> <li>› Wir zahlen für nicht-operative Behandlungen auf ambulanter Basis, die von einem Facharzt als medizinisch notwendig empfohlen werden.</li> </ul>			

<b>Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	3.000 \$ 2.200 € 2.000 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für verschriebene Medikamente und Verbandsmaterialien, wenn diese von einem Arzt auf ambulanter Basis verordnet werden.			

<b>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausschließlich erweiterte bildgebende Verfahren)</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

<b>Ambulante Rehabilitation</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Wir übernehmen die Kosten für:

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

#### **Wichtige Hinweise:**

##### **Physiotherapeutische, osteopathische und chiropraktische Behandlung:**

Wir zahlen für diese Behandlungen, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist und Ihnen dabei hilft, Ihre normalen täglichen Aktivitäten auszuführen. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist. Ausgeschlossen sind sportmedizinische Behandlungen.

##### **Logopädische Behandlungen:**

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) und von einem Spezialisten bestätigt wird, dass sie aus medizinischer Sicht kurzfristig notwendig ist.

<b>Schwangerschaftsvor- und -nachsorge (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p> <p>Leistung erhältlich, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang durch den Versicherungsvertrag versichert ist.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>3.500 \$</b> <b>2.750 €</b> <b>2.250 £</b>	<b>7.000 \$</b> <b>5.500 €</b> <b>4.500 £</b>
<p>› Wir zahlen für medizinische notwendige Schwangerschaftsvor- und nachsorge auf ambulanter Basis, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate Anspruchsberechtigte für diese zusätzliche Leistung des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Leistungen war.</p> <p>› Beispiele für Schwangerschaftsvor- und nachsorge und Tests sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• routinemäßige Geburtshelfer- und Hebammenhonorare;</li> <li>• alle planmäßigen Ultraschall- und weiteren Untersuchungen;</li> <li>• verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial;</li> <li>• routinemäßige Bluttests vor der Geburt, falls erforderlich;</li> <li>• Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionzottenbiopsie (auch unter dem Synonym Chorionbiopsie bekannt);</li> <li>• nicht-invasiver pränataler Test (NIPT) für Hochrisiko-Patientinnen.</li> </ul> <p>Nachsorgebehandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten, einschließlich der verschriebenen Medikamente und Verbandsmaterialien, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen.</li> </ul>			

<b>Untersuchungen und Behandlung der Unfruchtbarkeit</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter während der Lebensdauer.</p> <p>Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 24 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b>
<p>Wir übernehmen die Kosten für Untersuchungen über die Ursachen der Unfruchtbarkeit, wenn ein Spezialist medizinische Ursachen ausschließen möchte und der Anspruchsberechtigte bei Abschluss des Vertrags keine Kenntnis über das Unfruchtbarkeitsproblem hatte und an keinerlei Symptomen litt.</p> <p>Falls erforderlich, zahlen wir maximal 4 Versuche für die Behandlung der Unfruchtbarkeit bis zu der insgesamt ausgewiesenen Gesamtgrenze des Versicherungsvertrags pro Lebensdauer. Diese Leistung ist für Anspruchsberechtigte bis zum Alter von 41 Jahren verfügbar.</p> <p>Für alle Untersuchungen und Behandlungen zur Unfruchtbarkeit ist eine Vorabgenehmigung notwendig.</p>			

<b>Schlafapnoe</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>1.500 \$</b> <b>1.100 €</b> <b>1.000 £</b>	<b>2.000 \$</b> <b>1.480 €</b> <b>1.330 £</b>
<p>Bei entsprechender Empfehlung Ihres Arztes übernehmen wir die Kosten für eine Schlafstudie oder einen Schlaftest zu Hause, um zu diagnostizieren, ob Sie Schlafapnoe haben.</p> <p>Wenn festgestellt wurde, dass sie eine Schlafapnoe haben, übernehmen wir die Kosten für die Anmietung einer Überdruckmaske (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) oder anderer Mundvorrichtungen.</p> <p>Wenn es aus medizinischer Sicht angemessen ist, übernehmen wir die Kosten für einen chirurgischen Eingriff.</p>			

<b>Genetische Krebsuntersuchungen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter während der Lebensdauer.</p> <p>Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 12 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.</p>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>2.000 \$</b> <b>1.480 €</b> <b>1.330 £</b>	<b>4.000 \$</b> <b>2.950 €</b> <b>2.650 £</b>
<p>Wir übernehmen die Kosten für einen genetischen Test für Anspruchsberechtigte mit einem erhöhten Krebsrisiko, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist und medizinisch nachweisbar ist.</p>			



<b>Akupunktur und chinesische Medizin</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir übernehmen eine kombinierte maximale Anzahl von 15 Konsultationen mit Akupunkteuren und Praktizierenden der chinesischen Medizin, wenn diese Behandlungen von einem Arzt empfohlen werden. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist.			

<b>Langlebige medizinische Geräte</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für die Verwendung langlebiger medizinischer Geräte, wenn die Verwendung dieser Geräte von einem Spezialisten empfohlen wird, um die Behandlung des Anspruchsberechtigten, die durch diesen Vertrag abgedeckt ist, zu unterstützen.			
Wir bezahlen nur eine Art eines medizinischen Gerätes pro Versicherungsdauer, sofern es			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› kein Einwegmaterial darstellt und mehr als einmal benutzt werden kann,</li> <li>› einem medizinischen Zweck dient,</li> <li>› zur Anwendung zu Hause geeignet ist und</li> <li>› dem Typ entspricht, der normalerweise von einer Person benutzt wird, die an den Auswirkungen einer Erkrankung, Krankheit oder Verletzung leidet.</li> </ul>			

<b>Impfung Erwachsener</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	250 \$ 185 € 165 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für bestimmte Impfungen und Immunisierungen, die aus klinischer Sicht angemessen sind:			

<b>Zahnbehandlung nach Unfällen</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	1.000 \$ 740 € 665 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wenn ein Anspruchsberechtigter als Folge von Verletzungen, die er durch einen Unfall erlitten hat, Zahnbehandlungen benötigt, zahlen wir ambulante Behandlungen an gesunden natürlichen Zähnen, die durch den Unfall beschädigt oder beeinträchtigt wurden, sofern die Behandlung unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Unfalls abgeschlossen ist.			
Zur Genehmigung dieser Behandlung benötigen wir vom behandelnden Zahnarzt des Anspruchsberechtigten die Bestätigung folgender Informationen:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› das Datum des Unfalls und</li> <li>› die Tatsache, dass die Zähne, die der vorgeschlagenen Behandlung unterzogen werden sollen, gesunde natürliche Zähne sind.</li> </ul>			
Wir zahlen für diese Behandlung anstelle von anderen Zahnbehandlungen, auf die der Anspruchsberechtigte unter diesem Vertrag Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem Zahn oder mehreren Zähnen eine Behandlung benötigt.			
Wir übernehmen im Rahmen dieses Teils des Vertrags keine Kosten für die Reparatur oder Bereitstellung von Zahnimplantaten, Kronen oder Zahnprothesen.			

<b>Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen</b>	Silver	Gold	Platinum
	Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche in angemessenen Altersabständen, die von einem Arzt für folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wird:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Anamnese</li> <li>› körperliche Untersuchungen</li> <li>› Untersuchung des Entwicklungsstandes</li> <li>› vorausschauende Begleitung und</li> <li>› angemessene Immunisierungen und Labortests.</li> </ul>			
<b>Wichtige Hinweise:</b>			
<p>Ärztliche Konsultationen zur psychischen Gesundheit bei einem Psychiater oder Psychologen sind durch die Leistung Psychiatrische Gesundheit und Verhaltenstherapie der internationalen Krankenversicherung abgedeckt.</p> <p>Außerdem übernehmen wir die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› eine Gesundheitskontrolle zur Einschulung, um Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind beim ersten Eintritt in die Schule zu prüfen.</li> <li>› eine Voruntersuchung auf diabetische Retinopathie für Kinder, die an Diabetes leiden.</li> </ul>			

<b>Gesundheitsversorgung 60+</b>	Silver	Gold	Platinum
	Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>1.000 \$ 740 € 665 £</b>
Wenn ein Anspruchsberechtigter mindestens 60 Jahre alt ist oder innerhalb des Versicherungszeitraums 60 Jahre alt wird und wie im medizinischen Fragebogen dargelegt an einer der folgenden Krankheiten leidet (bei der es sich gemäß Ihrer Versicherungsbescheinigung um einen speziellen Ausschlussgrund handelt), zahlen wir die aus medizinischer Sicht notwendigen ambulanten Behandlungskosten in Verbindung mit der aufgrund dieser Krankheit erforderlichen Pflege: Hypertonie, Typ-2-Diabetes, Glaukom, Arthritis, Gelenk- oder Rückenschmerzen, Osteoporose/Osteopenie.			
<b>Wichtige Hinweise:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn Sie bei der Antragstellung die Option gewählt haben, eine der oben aufgeführten Krankheiten gegen eine Sonderzahlung abdecken zu lassen, wobei die Krankheit umfassend auf stationärer und ambulanter Basis abgedeckt ist (sofern der internationale Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gewählt wurde); trifft diese Leistung nicht zu.</li> <li>› Beispiele für medizinisch notwendige Behandlungen und Tests sind unter anderem: Konsultationen mit Ärzten, verschriebene Medikamente und Verbandsmaterialien, Pathologie und Radiologie, ambulante Rehabilitation und Akupunktur sowie chinesische Medizin. Hinweis: Diese Leistung umfasst keine erweiterte medizinische Bildgebung.</li> <li>› Sie haben Anspruch auf Versicherungsschutz in Bezug auf diese Krankheit(en) (jedoch keine aus diesen Krankheiten resultierenden Erkrankungen, Symptome oder Komplikationen) auf ambulanter Basis, bis zu den aufgeführten maximalen Beträgen pro Versicherungszeitraum.</li> <li>› Die Leistung unterliegt etwaigen Umlagen oder Selbstbeteiligungen, die in Ihrem Vertrag ausgewählt wurden.</li> </ul>			

## IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND UMLAGE-OPTIONEN

<b>Selbstbeteiligung</b>	0 \$ 150 \$ 500 \$ 1.000 \$ 1.500 \$	0 € 110 € 370 € 700 € 1.100 €	0 £ 100 £ 335 £ 600 £ 1.000 £
Ein Selbstbeteiligungsbetrag ist die Summe, die Sie selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von Ihrer Versicherung vorgenommen werden.			

<b>Umlage nach Abzug der Selbstbeteiligung</b>	<b>Wählen Sie zunächst den Prozentsatz Ihrer Umlage: 0 %/10 %/20 %/30 %</b>
Die Umlage ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist.	
<b>Maximale Zuzahlung</b>	<b>Wählen Sie anschließend Ihre maximale Zuzahlung:</b>
Die maximale Zuzahlung ist die maximale Umlage, die Sie innerhalb eines Versicherungszeitraums entrichten müssten.	<b>3.000 \$ 2.200 € 2.000 £</b>
Der Betrag der Umlage wird nach Berücksichtigung der Selbstbeteiligung ermittelt. Nur Beträge, die Sie im Rahmen der Umlage entrichten, werden als Beitrag zur maximalen Zuzahlung gewertet.	



# INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR KRANKENTRANSPORTE UND CRISIS ASSISTANCE PLUS™

Unser internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte deckt angemessene Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab, wenn in einem Notfall die erforderliche Behandlung vor Ort nicht erhältlich ist. Diese Option umfasst auch die Kosten für die Versicherung der medizinischen Rückführung bei einer schweren Krankheit oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer Operation und 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 erfolgt ist.

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

## INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR KRANKENTRANSPORTE

	Silver	Gold	Platinum
<b>Jährlicher Maximalleistungsbetrag für Krankentransport pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

	Silver	Gold	Platinum
<b>Krankentransport</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

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.

Bezüglich der Rückreise zahlen wir:

- › den Preis eines Flugtickets der 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 einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und
- › die Genehmigung im Voraus vom medizinischen Assistenzdienst erlangt 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 (zum Beispiel Unterbringungskosten).

### Wichtiger Hinweis:

Wenn Sie für eine Nachbehandlung in das Krankenhaus zurückkehren müssen, in das Sie evakuiert wurden, kommen wir nicht für Reise oder Verpflegung auf.

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

	Silver	Gold	Platinum
<b>Rückführung von sterblichen Überresten</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
<p>Wenn ein Anspruchsberechtigter während der Versicherungsdauer außerhalb seines Aufenthaltslandes stirbt, veranlasst der medizinische Assistenzdienst vorbehaltlich der Vorschriften und Einschränkungen der Fluglinien so bald wie möglich die Rückführung seiner sterblichen Überreste in sein Aufenthaltsland oder das Land seiner Staatsangehörigkeit.</p> <p>Wir übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit der Beerdigung oder der Einäscherung oder Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des Anspruchsberechtigten abholt oder begleitet.</p>			

Reisekosten einer Begleitperson	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wenn ein Anspruchsberechtigter ein Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester, ein Kind, einen Ehegatten oder Partner als Begleitperson auf seiner Reise im Zusammenhang mit einer medizinischen Evakuierung oder Rückführung benötigt, weil er:

- › Hilfe beim Einsteigen in ein oder Aussteigen aus einem Flugzeug oder einem anderen Fahrzeug benötigt;
- › 1600 km oder weiterreist;
- › äußerst beunruhigt oder verunsichert ist und nicht von einem Krankenpfleger oder einem Sanitäter oder anderem medizinischen Begleitpersonal begleitet wird oder;
- › schwer krank oder schwer verletzt ist;

zahlen wir seine Begleitung durch einen Verwandten oder Partner. Die Reisen (dies bedeutet der Klarheit halber eine Hin- und eine Rückreise) müssen im Voraus von dem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der Behandlung stattfinden.

Wir übernehmen die Kosten für:

- › den Preis eines Flugtickets der Economy Class oder
- › angemessene Reisekosten zu Land oder See;

je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.

Wenn es aufgrund medizinischer Bedürfnisse des Anspruchsberechtigten angemessen ist, kann das Familienmitglied oder der Partner, das/der sie begleitet, in einer anderen Klasse reisen.

Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines Anspruchsberechtigten aus medizinischer Sicht notwendig ist und er von seinem Ehepartner oder Partner begleitet wird, zahlen wir auch angemessene Reisekosten für alle Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren, die ansonsten ohne Elternteil oder Erziehungsberechtigten zurückbleiben würden.

**Wichtige Hinweise:**

- › Wir zahlen nicht für die Begleitung eines Anspruchsberechtigten durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung in der ambulanten Behandlung des Anspruchsberechtigten bestand.
- › Wir übernehmen keine anderen Reisekosten für Dritte wie Unterbringung oder Transport vor Ort.

**Wenn Sie diese Option in Ihren Vertrag aufgenommen haben, gelten außerdem die folgenden Bestimmungen bezüglich von Krankenbesuchen unmittelbarer Familienangehöriger für Sie.**

Angehörigenbesuch - Reisekosten	Silver	Gold	Platinum
Bis zu maximal fünf Besuche pro Versicherungsdauer. Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £

Angehörigenbesuch - Lebenshaltungskosten	Silver	Gold	Platinum
Bis zur angegebenen Gesamtgrenze pro Tag für jeden Besuch bei maximal zehn Tagen pro Besuch.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £

Wir zahlen für jeden Anspruchsberechtigten bis zu 5 Krankenbesuchen pro Versicherungsdauer. Krankenbesuche müssen im Voraus von unserem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden.

Wir zahlen für einen Elternteil, einen Lebenspartner, einen Ehepartner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Kosten einer Hin- und Rückreise in der Economy Class, um einen Anspruchsberechtigten nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn der Anspruchsberechtigte sich in einem anderen Land befindet und voraussichtlich fünf oder mehr Tage im Krankenhaus bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare Krankheit mit kurzfristigem tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde.

Wir 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 seines Aufenthaltslandes aufhält, bis zu den in der Liste der Leistungen angegebenen Grenzen (vorbehaltlich der Vorlage von Quittungen für die entstandenen Kosten).

**Wichtiger Hinweis:**

- › Im Falle eines Krankentransports oder einer Rückführung des Anspruchsberechtigten kommen wir für einen Krankenbesuch nicht auf. Findet während eines Krankenbesuchs ein Krankentransport oder eine Rückführung statt, zahlen wir keine weiteren Transportkosten für Dritte.

## PROGRAMM CRISIS ASSISTANCE PLUS™

Dieses Programm wird von den Experten für globale Krisenhilfe FocusPoint International bereitgestellt, 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
- › Gewaltverbrechen
- › Verschwinden von Personen
- › Entführungen
- › Erpresserische Entführung
- › Unrechtmäßige Verhaftungen

Das Programm bietet den 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 für Verhalten bei Erpressungen;
- › Notfall-Nachrichtenübermittlung an Familienmitglieder oder Arbeitgeber;
- › Punktuelle Informationen über geografische Bedrohungen und
- › Zugang zur privaten Luftflotte, wobei die Flugzeuge innerhalb nur 60 Minuten starten können.

### Wichtige Hinweise:

- › FocusPoint International stellt Hilfe in Krisensituationen für maximal zwei „physische Vorfälle“ pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer bereit. Das Programm bietet Zugang zu einer unbegrenzten Anzahl von Konsultationen in einer Krisensituation während der Versicherungsdauer.
- › Die Hilfe bei dem „physischen Vorfall“, bei dem ein Anspruch besteht, ist auf Unterstützung für einen Zeitraum von fünfundvierzig (45) Kalendertagen beschränkt.
- › Das Crisis Assistance Plus™-Programm ist keine Versicherungspolice. FocusPoint erstattet Anspruchsberechtigten keine Kosten, die einem Anspruchsberechtigten direkt und/oder im Auftrag eines Anspruchsberechtigten entstehen, und leistet auch keine entsprechende Entschädigung. Alle zusätzlichen Kosten fallen bei FocusPoint an und werden direkt und nach dem alleinigen Ermessen von FocusPoint bezahlt.

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

- › Bei Entführung oder Gewaltverbrechen durch einen Verwandten;
- › An Personen, deren Entführungsversicherung gekündigt oder abgelehnt wurde;
- › An Personen, die in der Vergangenheit entführt wurden;
- › Bei Entführung einer Person, die in ihrem Aufenthaltsland 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 wären;
- › Zur Zahlung von Lösegeld;
- › Wenn der Anspruchsberechtigte sich für die Reise zu einem Ort entscheidet, obwohl von der Reise zu diesem Ort offiziell abgeraten wurde;
- › Bei einem Geschäftsstreit;
- › Für zusätzliche Ausgaben, die durch eine nicht abgedeckte Reiseverspätung verursacht wurden;
- › Bei Selbstmord oder versuchtem Selbstmord;
- › 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 Vollstreckungsmaßnahmen 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 der gesetzlichen Haftung.

**Sollte eine der oben angeführten Krisensituationen eintreten, kontaktieren Sie bitte unser Kundendienst-Team. Wir vermitteln Sie an einen FocusPoint-Krisenberater, 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 bezahlt die Kosten für Konsultationen in einer Krisensituation und andere zusätzliche Ausgaben pro abgedeckter Krisenhilfe (maximal zwei „physische Vorfälle“ pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer), einschließlich, aber nicht beschränkt auf:**

- › Kosten für die Evakuierung bei politischen oder durch Naturkatastrophen verursachten Notfällen;
- › Rechtliche Beratung und Honorare;
- › Honorare und Gebühren für einen unabhängigen Dolmetscher;
- › Kosten für Umzug, Reise und Unterbringung;
- › Honorare und Gebühren 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 beziehen sich auf den gesamten Versicherungsschutz im Zusammenhang mit dem Versicherungsschutz für medizinische Notfall-evakuierungen.**

### **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 Krankentransporte als auch für Rückführungen:

- Alle Krankentransporte und Rückführungen müssen im Voraus vom medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden, den Sie über den Kundendienst erreichen können;
- Die Behandlung, für die oder in Folge derer der Krankentransport oder die Rückführung erforderlich ist, muss von einer qualifizierten Pflegekraft oder einem Arzt empfohlen sein;
- Der Service Krankentransport und Rückführung ist im Rahmen dieses Vertrags nur erhältlich, wenn der Anspruchsberechtigte stationär oder teilstationär behandelt wird (oder behandelt werden muss);
- Die Behandlung, aufgrund derer der Krankentransport oder die Rückführung erforderlich ist, muss folgende Voraussetzungen 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 unter dem internationalen Versicherungsschutz für medizinische Notfall-evakuierungen versichert sein, bevor er den Service für Krankentransport oder Rückführung in Anspruch nehmen kann.
  - Der Anspruchsberechtigte muss in dem gewählten Versicherungsgebiet, welches das Land umfasst, in dem die Behandlung nach der Evakuierung oder Rückführung bereitgestellt wird, Versicherungsschutz haben (Behandlungen in den USA sind ausgeschlossen, sofern der Anspruchsberechtigte nicht den Versicherungsschutz Weltweit einschließlich USA gekauft hat).
- Wir zahlen nur für Evakuierungen oder Rückführungen, wenn alle Maßnahmen im Voraus von unserem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden. Bevor die Genehmigung erteilt wird, müssen uns alle Informationen oder Nachweise vorgelegt werden, die wir vernünftigerweise verlangen können;
- Wir genehmigen oder zahlen keine Evakuierung oder Rückführung, wenn sie unserer begründeten Ansicht nach nicht angemessen oder medizinisch nicht ratsam ist. Bei der Entscheidung darüber, 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 Informationen zu bitten, wenn dies für uns angemessen ist.

### **Allgemeine Bedingungen**

- 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, Krankentransporte oder Rückführungen zu arrangieren. Dieser Vertrag garantiert nicht, dass auf Anfrage immer Krankentransporte oder Rückführungsdienstleistungen verfügbar sein werden, auch wenn sie medizinisch angemessen sind.
- Wir zahlen für Krankenhausunterbringungen 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 bezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen Versicherungsoption), vorausgesetzt die Behandlung ist unter diesem Vertrag abgedeckt und Sie haben den entsprechenden Versicherungsschutz gekauft.
- Wir sind nicht dafür haftbar, wenn behördliche Bestimmungen oder Einschränkungen oder andere Faktoren, die sich außerhalb unserer angemessenen Kontrolle befinden, durch widrige Wetterverhältnisse, technische oder mechanische Probleme Krankentransporte oder Rückführungen verspätet oder gar nicht stattfinden.
- Wir zahlen nur für Krankentransport, Rückführung und den Transport Dritter, wenn die Behandlung, für die oder aufgrund derer der Krankentransport oder die Rückführung notwendig ist, von diesem Vertrag abgedeckt wird.
- Alle Entscheidungen über:
  - die medizinische Notwendigkeit des Krankentransports oder der Rückführung;
  - die Mittel und den zeitlichen Rahmen des Krankentransports oder der Rückführung;
  - die zu verwendende medizinische Ausrüstung und das einzusetzende medizinische Personal und
  - den Zielort, an den der Anspruchsberechtigte gebracht wird;

werden von unserem medizinischen Team nach Rücksprache mit den Ärzten, die den Anspruchsberechtigten behandeln, wobei alle relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen berücksichtigt werden.

# INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Unsere Versicherungen umfassen drei klar definierte 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, psychiatrischen Behandlungen und vielem mehr.

Lebensberatungsprogramm	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>Unser Lebensberatungsprogramm steht 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr zur Verfügung. Das bedeutet, dass Sie sich an den Dienst wenden können, um zu einer für Sie günstigen Zeit Zugang zu kostenloser, vertraulicher Unterstützung bei allen beruflichen, alltäglichen, persönlichen oder familiären Angelegenheiten zu erhalten.</p> <p>Der Dienst umfasst kurzfristige Beratung, sofortige telefonische Unterstützung, Informationen über lokale Ressourcen und bietet Zugang zu einem Online-Programm für kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioural Therapy, CBT):</p> <p>Der Informationsdienst kann Ihnen Unterstützung und Ressourcen zur Verfügung stellen, um Ihnen bei Ihren alltäglichen Anforderungen wie z. B. Kinderbetreuung oder Umzug zu helfen. Die Informationsspezialisten können Nachforschungen anstellen und Empfehlungen für ausgewählte lokale Ressourcen in den Bereichen Recht und Finanzen oder für Familienbetreuungsdienste abgeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wir übernehmen die Kosten für bis zu sechs persönliche Beratungen pro Problem und Versicherungsdauer. Dabei kann es sich um telefonische oder persönliche Beratungen handeln.</li> <li>Sie erhalten Zugang zu unbegrenzter telefonischer Unterstützung im Bedarfsfall.</li> <li>Bietet Informationen, Ressourcen und Beratung in Verbindung mit beruflichen, alltäglichen, persönlichen oder familiären Angelegenheiten, die Sie beschäftigen.</li> <li>Sie haben Zugang zu einem Online-Selbsthilfeprogramm für kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) zur Behandlung von leichten bis mittleren Ängsten, Stress und Depressionen.</li> </ul> <p><b>Bitte wenden Sie sich an das Kundendienst-Team, wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen möchten. Dieser Service wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister bereitgestellt.</b></p>			

Routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene	Silver	Gold	Platinum
	<p>Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p>	<p>225 \$ 165 € 150 £</p>	<p>450 \$ 330 € 300 £</p>
<p>Wir zahlen für routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren (unter anderem: Größe, Gewicht, Blutwerte, Urin-Analyse, Blutdruck, Lungenfunktion).</p>			

Gebärmutterhals-Screening	Silver	Gold	Platinum
	<p>Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.</p>	<p>225 \$ 165 € 150 £</p>	<p>450 \$ 330 € 300 £</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Papanicolaou-Test (PAP-Abstrich) und</li> <li>1 HPV DNA-Test für weibliche Anspruchsberechtigte zwischen 30 und 65 Jahren.</li> </ul>			



	Silver	Gold	Platinum
<b>Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>› 1 Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (Test auf prostataspezifisches Antigen (PSA)) für männliche Anspruchsberechtigte ab 50 Jahren oder</li> <li>› 1 Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (Test auf prostataspezifisches Antigen (PSA)) für asymptomatische Männer ab 40 Jahren, wenn aus medizinischer Sicht notwendig.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Mammografien für Brustkrebsvoruntersuchung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>› 1 Mammografie für Frauen zwischen 25 und 39 Jahren, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist und wenn sie eine Vorgeschichte von Brustkrebs hatten.</li> <li>› 1 Mammografie für asymptomatische Frauen ab 40 Jahren</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Darmkrebsvorsorgeuntersuchung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>› 1 Darmkrebsvorsorgeuntersuchung für Anspruchsberechtigte ab 50 Jahren.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Knochendichtemessung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>› 1 Untersuchung für Frauen ab 65 Jahren;</li> <li>› 1 Untersuchung für postmenopausale Frauen unter 65 Jahren, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist, und</li> <li>› 1 Untersuchung für Männer ab 50, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Ernährungsberatung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>Keine Krankenversicherung</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für bis zu 4 Konsultationen bei einem Ernährungsberater pro Versicherungsdauer, wenn der Anspruchsberechtigte in Zusammenhang mit einer diagnostizierten Krankheit wie Diabetes eine Ernährungsberatung benötigt			

# INTERNATIONALER AUGENÄRZTLICHER UND ZAHNÄRZTLICHER VERSICHERUNGSSCHUTZ

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 darin enthalten sind eine Reihe vorbeugender, routinemäßiger und umfangreicher zahnärztlicher Behandlungen.

## AUGENVERSORGUNG

	Silver	Gold	Platinum
<b>Augenärztliche Untersuchung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>
Wir zahlen für eine routinemäßige Augenuntersuchung pro Versicherungsdauer durch einen Augenarzt oder Augenoptiker. Wir zahlen nicht für mehr als eine Augenuntersuchung pro Versicherungsdauer.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Kosten für:</b> Bis zur Gesamtgrenze in Ihrem Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Brillengläser.</li> <li>› Kontaktlinsen.</li> <li>› Brillenfassungen.</li> <li>› Verschriebene Sonnenbrillen</li> </ul> jeweils vorausgesetzt, dass sie von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben werden.			
Wir übernehmen keine Kosten für:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Sonnenbrillen, die nicht von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben wurden,</li> <li>› Brillengläser oder Kontaktlinsen, die nicht medizinisch notwendig sind oder nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden, oder</li> <li>› Behandlungen oder Operationen, einschließlich Behandlungen oder Operationen, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel Laseraugenoperationen, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK).</li> </ul>			
Für alle Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss als Beleg ein Rezept oder eine Rechnung für Korrekturlinsen bei uns eingereicht werden.			



## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Jährlicher Maximalleistungsbetrag für alle zahnärztlichen Behandlungen	Silver	Gold	Platinum
	Jährliche Leistungen gesamt – Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £

Vorsorgebehandlungen Bis zum jährlichen Maximalleistungsbetrag für den von Ihnen gewählten Krankenversicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.  Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 3 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.	Silver	Gold	Platinum
		<b>Vollständige Kostenübernahme</b>	<b>Vollständige Kostenübernahme</b>

Wir übernehmen die Kosten für die folgenden zahnärztliche Vorsorgebehandlungen, die von einem Zahnarzt empfohlen wurden, nachdem ein Anspruchsberechtigter mindestens drei Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert war:

- › zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro Versicherungsdauer,
- › Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügel, Einzelansicht und Orthopantomogramm (OPG),
- › Zahnsteinentfernung und Polieren einschließlich Auftragung von topischen Fluoriden (zwei Behandlungen pro Versicherungsdauer),
- › ein Mundschutz pro Versicherungsdauer,
- › eine Aufbisschiene pro Versicherungsdauer und
- › Fissurenversiegeler.

<b>Routineversorgung</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.  Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 3 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.	Silver	Gold	Platinum
		<b>80 % Erstattung</b>	<b>90 % Erstattung</b>

Wir zahlen die Kosten für die folgenden routinemäßigen zahnärztlichen Behandlungen, vorausgesetzt, der Anspruchsberechtigte war mindestens drei Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert (wenn diese Behandlung für die dauerhafte Mundgesundheits notwendig und von einem Zahnarzt empfohlen wird):

- › Wurzelkanalbehandlungen;
- › Zahnextraktionen;
- › chirurgische Verfahren;
- › Behandlungen aus gegebenem Anlass;
- › Betäubungsmittel;
- › Paradontalbehandlungen.

<b>Umfassende Zahnrestauration</b> Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.  Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens 12 Monate über diese Versicherungsoption verfügt.	Silver	Gold	Platinum
		<b>70 % Erstattung</b>	<b>80 % Erstattung</b>

Wir übernehmen die Kosten für die folgenden größeren restaurativen Zahnbehandlungen, wenn der Anspruchsberechtigte seit mindestens zwölf Monaten unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert ist:

- › Zahnprothesen (Acryl/Synthetik, Metall und Metall/Acryl);
- › Kronen;
- › Inlays und
- › Einsetzen von Zahnimplantaten.

Wenn der Anspruchsberechtigte vor Bestehen eines zwölfmonatigen internationalen Versicherungsschutzes für augen- und zahnärztliche Behandlungen eine umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung benötigt, kommen wir für 50 % der Behandlungskosten auf.

<b>Kieferorthopädische Behandlung</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Bis zur Gesamtgrenze Ihres Versicherungsplanes pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungsperiode oder, wenn „vollständig bezahlt“ angegeben ist, bis zum Erreichen des jährlichen Maximalleistungsbetrags für Ihren Versicherungsplan pro Anspruchsberechtigter und pro Versicherungszeitraum.</p> <p>Erhältlich für Anspruchsberechtigte im Alter von höchstens 18 Jahren, wenn der Versicherungsschutz dafür seit 18 Monate bestanden hat.</p>	<b>40 % Erstattung</b>	<b>50 % Erstattung</b>	<b>50 % Erstattung</b>
<p>Wir zahlen nur für kieferorthopädische Behandlungen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› der Zahnarzt oder Kieferorthopäde, der die Behandlung durchführen wird, uns im Voraus eine detaillierte Beschreibung der vorgeschlagenen Behandlung (einschließlich Röntgenaufnahmen und Modelle), sowie eine Schätzung der Kosten für die Behandlung vorlegt und</li> <li>› wir die Behandlung vorab genehmigt haben.</li> </ul>			

## Zahnärztliche Ausschlüsse

Im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen gelten folgende Ausschlüsse zusätzlich zu den an anderer Stelle innerhalb dieses Vertrags und Ihrer Versicherungsbescheinigung aufgeführten Ausschlüssen.

- › Wir übernehmen keine Kosten für:
  - Rein kosmetische Behandlungen oder andere Behandlungen, die nicht für die dauerhafte oder verbesserte Mundgesundheit notwendig sind.
  - Ersatz eines Dentalgeräts, welches verloren oder gestohlen wurde, oder verbundene Behandlungen.
  - Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines künstlichen Gebisses, das (nach Ermessen eines Zahnarztes mit durchschnittlichen Kompetenzen und Fähigkeiten im Aufenthaltsland des Anspruchsberechtigten) repariert und wieder nutzbar gemacht werden kann.
  - Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines künstlichen Gebisses in den ersten fünf Jahren nach der ursprünglichen Anpassung, mit folgenden Ausnahmen:
    - Die Brücke, die Krone oder das Gebiss wurde, während ein Versicherungsschutz unter diesem Vertrag bestand, während des Gebrauchs durch eine vom Anspruchsberechtigten erlittene Zahnverletzung irreparabel beschädigt; oder
    - Ein Ersatz ist notwendig, weil dem Anspruchsberechtigten einer oder mehrere gesunde natürliche Zähne entfernt werden müssen; oder
    - Ein Ersatz ist notwendig, weil im Gegenkiefer erstmalig ein künstliches Gebiss eingesetzt wird.
  - Abdeckungen aus Acryl oder Porzellan.
  - Kronen oder Brücken auf oder als Ersatz der oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähne, es sei denn:
    - diese bestehen entweder aus einer Porzellan-Metall-Verbindung oder rein aus Metall (z. B. eine Krone mit Goldlegierung); oder
    - eine provisorische Krone oder Brücke ist im Rahmen einer zahnärztlichen Routine- oder Notfallbehandlung notwendig.
  - Behandlungen, Verfahren oder Materialien, die sich noch im Versuchsstadium befinden oder nicht allgemein gültigen zahnärztlichen Standards entsprechen.
  - Behandlungen von Zahnimplantaten in direktem oder indirektem Zusammenhang mit:
    - einem Fehler bei der Einpassung des Implantats;
    - einer gestörten Einheilung;
    - Periimplantitis;
    - dem Ersatz von Kronen, Brücken oder künstlichen Gebissen; oder
    - einem Unfall oder einer Notfallbehandlung einschließlich sämtlicher prothetischer Geräte.
  - Beratung bezüglich der Bekämpfung von Plaque, der Mundhygiene oder der Ernährung.
  - Dienstleistungen und Zubehör, insbesondere, jedoch nicht beschränkt auf, Mundspülungen, Zahnbürsten und Zahnpasta.
  - Medizinische Behandlungen, die in einem Krankenhaus von einem Mundspezialisten durchgeführt werden, können durch die internationale Krankenversicherung und/oder den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen abgedeckt sein – sofern diese Option gewählt wurde –, außer die Zahnbehandlung ist der Grund für Ihren Krankenhausaufenthalt.
  - Bissregistrierung, Präzisions- oder Halbpräzisionsgeschiebe.
  - Behandlungen, Verfahren, Hilfsmittel oder Wiederherstellung (abgesehen von künstlichen Gebissen), die hauptsächlich einem der nachfolgenden Zwecke dienen:
    - Veränderung der vertikalen Dimensionen; oder
    - Diagnose oder Behandlung von Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Kiefergelenks; oder
    - Stabilisierung von Zähnen mit Parodontose; oder
    - Wiederherstellung der Okklusion.

# WICHTIGSTE BESTIMMUNGEN ZU DEN PRODUKTEN

Es handelt sich hier um eine Krankenversicherung, die Leistungen durch die Erstattung von Kosten für Gesundheitsdienste bezahlt, die während des Versicherungszeitraums entstehen, vorbehaltlich von Selbstbeteiligung, Mitversicherung und Leistungsgrenzen. Nachstehend finden Sie die wichtigsten Bestimmungen zu den Produkten, die in unseren Versicherungsverträgen enthalten sind. Hierbei handelt es sich nur um eine kurze Zusammenfassung zur Orientierung und Information. Wir raten Ihnen, sich auch die Regelungen für die Policen anzusehen, die im Falle eines Konflikts zwischen den beiden Dokumenten Vorrang haben und Geschäftsbedingungen, Definitionen und allgemeine Ausschlüsse enthalten. Die Kundenübersicht zeigt auch die Grenzen der jeweiligen Versicherungsleistungen auf. Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen an Ihren Versicherungsberater oder an Cigna.

**1. KÜNDIGUNGSKLAUSEL** – Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen können wir diesen Vertrag in den folgenden Fällen sofort kündigen:

- 1.1 Wenn eine Prämie oder andere Gebühren (einschließlich fälliger Steuern) nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Fälligkeitsdatum vollständig beglichen wurde/wurden. Wir werden Sie schriftlich informieren, wenn wir den Vertrag aus diesen Gründen kündigen; oder
- 1.2 Wenn es für uns rechtlich nicht mehr möglich ist, einen durch diesen Vertrag entstehenden Versicherungsschutz zu bieten oder wir diesen Vertrag in einer bestimmten Gerichtsbarkeit oder einem Hoheitsgebiet auf Weisung des zuständigen Gerichtsstands oder einer Aufsichtsbehörde kündigen müssen; oder
- 1.3 Wenn ein Anspruchsberechtigter auf einer Liste mit finanziellen Sanktionen gegen bestimmte Personen oder Organisationen steht, die vom Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, dem Amt zur Kontrolle von Auslandsvermögen oder einer anderen gültigen Gerichtsbarkeit geführt wird. Des Weiteren erstatte wir keine Leistungen, die in sanktionierten Ländern erbracht wurden, falls eine solche Handlung gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amtes zur Kontrolle von Auslandsvermögen verstoßen würde; oder
- 1.4 Wenn wir nach eigenem Ermessen den begründeten Verdacht hegen, dass Sie bei der Antragstellung für diesen Vertrag oder bei der Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen des Vertrags vorsätzlich oder fahrlässig Informationen vorenthalten oder falsche Informationen angegeben haben, von denen Sie wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder unkorrekt sind, oder wenn Sie es versäumen, von Ihnen verlangte Informationen, einschließlich medizinischer Informationen zu erbringen; oder
- 1.5 Vorbehaltlich der Bedingungen des Versicherungsvertrags können wir die Versicherung kündigen, wenn ein Anspruchsberechtigter keine im Ausland lebende Person mehr ist, ob infolge einer Änderung der Staatsangehörigkeit eines Anspruchsberechtigten oder einer Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltslandes.
- 1.6 Wenn wir Ihre Police oder eine geeignete Alternative nicht mehr auf dem Markt in Ihrer geografischen Breite verkaufen. Wir benachrichtigen Sie mindestens einen (1) Monat vor dem Enddatum, dass die Versicherung mit Wirksamkeit zum Enddatum gekündigt wird (und daher nicht verlängert werden kann).

Falls Sie diesen Vertrag kündigen und den Versicherungsschutz für alle Anspruchsberechtigten beenden möchten, können Sie dies jederzeit tun, indem Sie uns mindestens sieben (7) Tage davor schriftlich informieren. Bitte kontaktieren Sie uns anhand einer der Möglichkeiten unter „Kontakt“ auf Seite 3 der Vertragsbedingungen.

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

Falls der Vertrag vor dem normalen Ablaufdatum endet und Sie bereits Erstattungsanträge im Rahmen dieser Versicherung gestellt haben, müssen Sie die restlichen noch nicht entrichteten Prämien in Bezug auf diese Versicherung zahlen.

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

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

**2. VERTRAGSVERLÄNGERUNG** – Bei diesem Vertrag handelt es sich um einen Jahresvertrag. Dies bedeutet, dass der Versicherungsschutz ab dem Datum des Versicherungsbeginns genau ein Jahr lang gültig ist, wenn er nicht vorzeitig gekündigt oder erneuert wird. Dies ist eine kurzfristige Unfall- und Krankenversicherung und Cigna ist nicht verpflichtet, diesen Versicherungsvertrag zu verlängern. Cigna kann diesen Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen durch schriftliche Mitteilung kündigen.

Wenn wir uns für eine Verlängerung entscheiden, senden wir Ihnen mindestens einen (1) Kalendermonat vor dem Ablaufdatum eine Mitteilung, in der wir Sie einladen, den Vertrag zu den von uns angebotenen Bedingungen zu verlängern. Wir werden Sie über alle Änderungen des Vertrags und der Prämien für den nächsten Versicherungszeitraum benachrichtigen. Beitragsätze sind nicht garantiert und können basierend auf zukünftigen Erfahrungen angepasst werden. Bei der Versicherung handelt es sich nicht um eine von Medisave genehmigte Versicherung und Sie dürfen Ihre Beitragsätze nicht mithilfe von Medisave bezahlen. Wenn lokale Gesetze und Vorschriften dies vorsehen, müssen wir Ihnen möglicherweise eine andere Krankenversicherung anbieten. Vorbehaltlich der Klausel 7 der Vertragsbedingungen darf eine Entscheidung von Cigna, Ihre Versicherung nicht zu verlängern, nicht auf Ihrer Krankengeschichte oder auf einer Krankheit, einer Verletzung oder einer Erkrankung eines Anspruchsberechtigten beruhen.

Wenn Sie die Einladung zur Verlängerung annehmen, vergewissern Sie sich bitte, dass Sie die Vertragsunterlagen für den nächsten Versicherungszeitraum gelesen und verstanden haben. Ihr Versicherungsschutz wird um weitere zwölf (12) Monate verlängert.

Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht verlängern möchten, müssen Sie uns mindestens sieben (7) Tage vor dem Ablaufdatum Ihres Vertrags schriftlich darüber informieren. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz nicht verlängern, können alle Anspruchsberechtigten, die unter

der Versicherung gedeckt waren, eigenen Versicherungsschutz beantragen. Wir werden die Antragsformulare dieser Anspruchsberechtigten einzeln prüfen und sie informieren, ob und zu welchen Bedingungen wir bereit sind, ihnen einen Versicherungsschutz anzubieten.

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

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

**4. STANDARDAUSSCHLÜSSE** - Es gibt bestimmte Bedingungen, unter denen keine Leistungen ausgezahlt werden. Diese werden als Ausschlüsse in den Vertragsbedingungen angegeben. Wir raten Ihnen, die vollständige Liste der Ausschlüsse in den Vertragsbedingungen nachzuschlagen. Im Folgenden finden Sie eine Liste einiger der Versicherungsausschlüsse:

- > Behandlung einer vorbestehenden Krankheit oder von Zuständen oder Symptomen, die sich aus einer vorbestehenden Krankheit ergeben oder mit ihr in Verbindung stehen. Wir werden nicht für eine Behandlung einer vorbestehenden Krankheit aufkommen, von der der Inhaber der Police zum Datum des Versicherungsbeginns wusste (oder nach allgemeinem Ermessen hätte wissen müssen), und deren Abdeckung durch die Versicherung wir nicht ausdrücklich zugestimmt haben.
  - > Angeborene Anomalien oder Fehler, es sei denn, wir können unter der Leistung „Erbkrankheiten“ der internationalen Krankenversicherung einen Versicherungsschutz bereitstellen.
  - > Die routinemäßige Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt sowie die Leistungen bei Komplikationen während der Schwangerschaft und einer Hausgeburt sind aus der Silver-Versicherung ausgenommen. Diese Leistungen sind in den Gold- und Platinum-Versicherungen enthalten.
- 5. WARTEZEIT** - Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum des Beginns auf der ersten Versicherungsbescheinigung, die wir Ihnen senden. Wenn Sie sich für den Abschluss einer Versicherung für zusätzliche Anspruchsberechtigte entscheiden, beginnt der Versicherungsschutz mit dem Datum des Beginns auf der ersten Versicherungsbescheinigung, auf dem die Anspruchsberechtigten aufgeführt sind.

Für folgende Leistungen gilt eine Wartezeit:

#### **Internationale Krankenversicherung**

- > **Behandlung von Adipositas** (nur Gold- und Platinum-Versicherungen)
  - Es gilt eine Wartezeit von vierundzwanzig (24) Monaten.
- > **Routinemäßige Mutterschaftsleistungen und Geburtenversicherungsschutz auf stationärer und teilstationärer Basis** (nur Gold- und Platinum-Versicherungen)
  - Für die Versorgung und Behandlung von Eltern und Baby gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.

- Verfügbar, sobald die Mutter für mindestens zwölf (12) Monate unter den Versicherungsschutz der Police fiel.

> **Komplikationen in der Schwangerschaft** (nur Gold- und Platinum-Versicherungen)

- Bei Komplikationen, die sich aus der Schwangerschaft oder Geburt ergeben, gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.
- Verfügbar, sobald die Mutter für mindestens zwölf (12) Monate unter den Versicherungsschutz der Police fiel.

> **Hausgeburten** (nur Gold- und Platinum-Versicherungen)

- Für Hausgeburten gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.
- Verfügbar, sobald die Mutter für zwölf (12) Monate unter den Versicherungsschutz der Police fiel.

> **Versorgung Neugeborener**

- Es gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.
- Verfügbar, sobald ein Elternteil vor der Geburt des Säuglings durchgehend über einen mindestens zwölfmonatigen (12) Schutz unter der Versicherungspolice verfügte.

**Optionales Modul für internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen**

> **Schwangerschaftsvor- und -nachsorge auf ambulanter Basis** (nur bei Gold- und Platinum-Versicherung)

- Für pränatale und postnatale Versorgung gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.
- Verfügbar, sobald die Mutter für mindestens zwölf (12) Monate unter das optionale Modul für internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen fiel.

> **Unfruchtbarkeitsuntersuchungen und -behandlungen** (nur Platinum-Versicherung)

- Für Unfruchtbarkeitsuntersuchungen und -behandlungen gilt eine Wartezeit von vierundzwanzig (24) Monaten.

> **Genetischer Krebstest** (nur Gold- und Platinum-Versicherungen)

- Für genetische Krebstests gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.

**Optionales Modul für internationalen augenärztlichen und zahnärztlichen Versicherungsschutz**

**Zahnärztliche Behandlungen:**

> **Präventive und routinemäßige zahnärztliche Behandlung**

- Für präventive und routinemäßige zahnärztliche Behandlung im optionalen Modul für internationalen augenärztlichen und zahnärztlichen Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von drei (3) Monaten. Internationaler Versicherungsschutz für Augen und Zähne muss seit mindestens drei (3) Monaten bestehen.



### > **Größere restaurative zahnärztliche Behandlung**

- Für größere restaurative zahnärztliche Behandlung im optionalen Modul für internationalen augenärztlichen und zahnärztlichen Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.
- Wenn der Anspruchsberechtigte vor Bestehen eines zwölfmonatigen (12) internationalen Versicherungsschutzes für augen- und zahnärztliche Behandlungen eine umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung benötigt, kommen wir für 50 % der Behandlungskosten auf.

### > **Kieferorthopädische Behandlung**

- Für die kieferorthopädische Behandlung im optionalen Modul für internationalen augenärztlichen und zahnärztlichen Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von achtzehn (18) Monaten.

**6. ANGEMESSENE UND ÜBLICHE KOSTEN** - Wir übernehmen angemessene und übliche Kosten für Behandlungen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Behandlungen, die in der Liste der Leistungen aufgeführt sind. Wir übernehmen solche Behandlungskosten, sofern sie den angemessenen Gebühren am Ort der Behandlung entsprechen und mit der etablierten klinischen und medizinischen Praxis übereinstimmen.

**7. VERSICHERUNGSGEBIET** - Sie können zwischen zwei (2) Optionen wählen, um zu bestimmen, in welchen Gebieten der Welt die Anspruchsberechtigten Versicherungsschutz erhalten sollen, nämlich: Weltweit, einschließlich USA, oder Weltweit, ohne USA.

**8. PROBEZEIT** - Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Datum, an dem Sie diesen Vertrag erhalten, widerrufen. Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen möchten und wir noch keine Schadenrückerstattung geleistet oder Ihnen noch keine Zahlung garantiert haben, werden Sie eine volle Rückerstattung Ihrer Prämie erhalten. Falls wir jedoch eine Schadenrückerstattung bezahlt oder eine Zahlungsgarantie abgegeben haben, werden wir keine gezahlten Prämien zurückerstatten.

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

**9. STORNIERUNG** - Falls Sie diesen Vertrag kündigen und den Versicherungsschutz für alle Anspruchsberechtigten beenden möchten, können Sie dies jederzeit tun, indem Sie uns mindestens sieben (7) Tage davor schriftlich informieren.

Bitte kontaktieren Sie uns unter [Cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:Cignaglobal_customer.care@cigna.com)

Falls diese Police vor dem normalen Datum endet, wird jede Prämie, die bezüglich des Zeitraums nach Auslaufen des Versicherungsschutzes bezahlt wurde, auf einer Ratenbasis zurückerstattet, solange keine Erstattungsanträge gestellt wurden und während der Versicherungsdauer keine Garantien für Zahlungen oder vorherige Genehmigungen dafür ausgesprochen wurden. Falls der Vertrag vor dem normalen Ablaufdatum endet und Sie bereits Erstattungsanträge im Rahmen dieser Versicherung gestellt haben, müssen Sie die restlichen noch nicht entrichteten Prämien in Bezug auf diese Versicherung zahlen.

Ausführliche Informationen finden Sie in den Vertragsbedingungen.

**10. ANSPRÜCHE** - Bitte wenden Sie sich für die vorherige Genehmigung aller Behandlung unter folgenden Nummern an unser Kundendienstteam:

Singapur gebührenfrei 800 186 5047  
International +44 1475 788182 (Ausland)

Wir können Ihnen beim Aufstellen Ihres Behandlungsplans helfen und Ihnen die zeitraubende Suche nach einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Arzt abnehmen. Wir können uns direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass die Behandlung, die Sie durchführen möchten, durch Ihre Versicherungspolice abgedeckt ist, und eine Vorabgenehmigung ausstellen. Wir können uns auch direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass die Behandlung, die Sie durchführen möchten, durch Ihre Versicherung abgedeckt ist, und eine vorherige Genehmigung ausstellen.

Wir sind uns bewusst, dass es Fälle geben wird, in denen es nicht praktisch oder möglich sein wird, uns in einem Notfall vor der Behandlung zu kontaktieren, und es vor allem darum geht, so schnell wie möglich behandelt zu werden. In solchen Fällen bitten wir Sie oder den betroffenen Anspruchsberechtigten, sich innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt der Behandlung mit uns in Verbindung zu setzen. So können wir bestätigen, ob Ihre Behandlung abgedeckt ist, und die Abrechnung mit Ihrem Behandlungsanbieter vereinbaren. Es kann sein, dass wir Sie vor der Genehmigung Ihrer Behandlung um weitere Informationen bitten, beispielsweise ein ärztliches Gutachten. Wir werden die Behandlungsgenehmigung 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 gehört, können wir vereinbaren, dass der Anspruchsberechtigte (mit seiner Zustimmung) zur Fortsetzung der Behandlung an ein Krankenhaus, einen Arzt oder eine Klinik des Cigna-Netzwerks überwiesen wird, sobald dies aus medizinischer Sicht unbedenklich ist.

Ausführliche Informationen zu unserem Anspruchsprozess finden Sie im Kundenleitfaden.

**11. ANDERE UMSTÄNDE, DIE BEITRAGSSÄTZE ODER -VERSICHERUNGSLEISTUNGEN BEEINFLUSSEN** - Wenn Anspruchsberechtigte ihr gewöhnliches Aufenthaltsland ändern, kann dies zu einer Erhöhung des Beitragssatzes oder zur Fälligkeit zusätzlicher Steuern führen. Bitte beachten Sie, dass die Versicherung von einer anderen Cigna Group Company gestellt werden kann.

**12. AUFSCHUBZEIT** - Nicht zutreffend.

**13. ÜBERLEBENSZEIT** - Nicht zutreffend.

**14. VERTRIEBSKOSTEN** - Cigna zahlt Ihrem Verkaufsvertreter und/oder Ihren Versicherungsmaklern eine Vergütung, wenn wir Ihren Vertrag ausstellen und verlängern. Die Gesamtvertriebskosten dieses Produkts können bis zu 15 % der Prämie betragen. Solche Kosten können Barzahlungen in Form von Provisionen, Kosten von Leistungen und Servicekosten umfassen, die an den Vertriebskanal gezahlt werden. Bitte beachten Sie, dass die Gesamtvertriebskosten keine zusätzlichen Kosten für den Kunden darstellen und bei der Berechnung des Beitragssatzes bereits berücksichtigt wurden.

**15. RISIKEN UND EINSCHRÄNKUNGEN BEIM WECHSEL IHRER VERSICHERUNG** - Wenn Sie von Ihrer anderen Krankenversicherung zu dieser Ersatzversicherung wechseln möchten, beachten Sie bitte, dass:

(a) Sie möglicherweise nicht zu Standardbedingungen versichert sind;



- (b) Sie möglicherweise einen anderen Beitrag zahlen müssen;
- (c) die Bedingungen verzögert sein können oder
- (d) Gebühren oder Abgaben anfallen können, die Sie tragen müssten.

**Bitte senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Formular per E-Mail oder mit der Post zurück an:**

**Business Services Team  
Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch  
Cigna Global Health Options Singapore  
152 Beach Road  
#33-05/06  
The Gateway East  
Singapore 189721**

**[globalindividual.asia@cigna.com](mailto:globalindividual.asia@cigna.com)**

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Niederlassung Singapur (Registrierungsnummer: T10FC0145E) ist eine ausländische Niederlassung von Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., eine in Belgien eingetragene GmbH mit eingetragenem Sitz in 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapore 189721.  
Tel: +65 6549 3636. Fax: +65 6549 3600

„Cigna“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch Cigna Corporation und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen, nicht jedoch durch die Cigna Corporation, angeboten. Zu diesen operativen Niederlassungen gehört Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Niederlassung Singapur. © 2021 Cigna. Alle Rechte vorbehalten.