

Versicherungsinformationsdokument

Begleitung: Cigna Global Insurance Company Limited

Produkt: Cigna Close CareSM

Die Cigna Global Insurance Company Limited ist gemäß Abschnitt 7 des Gesetzes über das Versicherungsgeschäft (Bailiwick of Guernsey) von 2002 als Versicherer zur Ausübung des allgemeinen Versicherungsgeschäfts zugelassen. Ausgenommen hiervon sind inländische Geschäfte. Sie wird von der Guernsey Financial Services Commission reguliert.

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

Wie sieht diese Art Versicherung aus?

Internationale private Krankenversicherung für im Ausland lebende Personen, die nur die Kosten für die medizinisch notwendige private Gesundheitsversorgung im Land des Wohnsitzes und im Land der Staatsangehörigkeit des Versicherungsnehmers deckt und Ihnen einen schnellen und einfachen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Fachleuten innerhalb unseres umfangreichen Netzwerks ermöglicht.



Was wird versichert?

Basisleistungen

Jährliches Gesamtleistungsmaximum : 500 000 \$/ 400 000 €/325 000 £ pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

- ✓ Leistungsgrenze bei Erkrankung: 250 000 \$/ 200 000 €/ 165 000 £
- ✓ Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Versicherungsgebiets (stationäre und teilstationäre Behandlung): 40 000 \$/ 29 600 €/ 26 600 £
- ✓ Pflege und Krankenhausunterbringung in ein Zweibettzimmer
- ✓ Behandlung von Krankheiten infolge einer Pandemie, Epidemie oder des Ausbruchs von ansteckender Krankheit
- ✓ Krankenhaustagegeld: 100 \$/ 75 €/ 65 £ pro Nacht bis zu 30 Tage pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.
- ✓ Intensivmedizin
- ✓ Honorare für Chirurgen und Anästhesisten
- ✓ Facharzt Honorare
- ✓ Nierendialyse: 5 000 \$/3 700 €/3 325 £
- ✓ Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests
- ✓ Fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans): 2 500 \$/ 1 850 €/ 1 650 £
- ✓ Physiotherapie und ergänzende Therapien: 2 000 \$/ 1 480 €/ 1 330 £
- ✓ Rehabilitation : 2 000 \$/1 480 €/1 330 £
- ✓ Hospiz- und Palliativversorgung : 2 500 \$/1 850 €/1 650 £
- ✓ Krankentransport
- ✓ Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung: 2 500 \$/1 850 €/1 650 £
- ✓ Psychische Gesundheitsversorgung : 3 000 \$/2 200 €/2 000 £
- ✓ Krebsbehandlung
- ✓ Krebsbedingte Hilfsmittel: 125 \$/ 100 €/ 85 £ pro Lebenszeit und pro krebbedingtem Hilfsmittel
- ✓ Globale Telemedizin mit Teladoc: Unbegrenzte Beratungen

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

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

Ambulante und Wellness-Behandlungen

Jährliches Gesamtleistungsmaximum : 5 000 \$/3 700 €/3 325 £ pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

- Beratungen bei Ärzten und Fachärzten : 650 \$/500 €/425 £
- Telemedizinische Beratungen : 650 \$/500 €/425 £
- Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests : 1 000 \$/740 €/665 £
- Physiotherapie : 1 000 \$/740 €/665 £
- Osteopathie und chiropraktische Behandlung : 650 \$/500 €/425 £
- Akupunktur und chinesische Medizin : 650 \$/500 €/425 £
- Verordnete Medikamente und Verbandmittel : 500 \$/370 €/330 £
- Miete für dauerhafte medizinische Geräte: 1 500 \$/1 100 €/1 000 £
- Impfungen für Erwachsene : 250 \$/185 €/165 £
- Zahnunfälle : 500 \$/370 €/330 £
- Impfungen für Kinder: 1 000 \$/740 €/665 £
- Jährlicher Seh- und Hörtest für Kinder unter 16 Jahren
- Routineuntersuchungen für Erwachsene: 100 \$/75 €/65 £
- Krebsvorsorgeuntersuchungen: 400 \$/300 €/260 £
- Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements
- Wellness-Coaching per Telefon



Was wird versichert? (weiter)

Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

Jährliches Gesamtleistungsmaximum : 750 \$/550 €/500 £ pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

- Vorbeugende Zahnbehandlung
- Routine-Zahnbehandlung : 80% Rückerstattung pro Versicherungszeitraum
- Größere wiederherstellende Zahnbehandlung : 70% Rückerstattung pro Versicherungszeitraum



Was wird nicht versichert?

- ✗ Mutterschaft
- ✗ Erbkrankheiten
- ✗ Operationen beim Fötus
- ✗ Schlafstörungen
- ✗ Raucherwöhnung
- ✗ Behandlungen, die aufgrund eines Konflikts oder einer Katastrophe erforderlich sind, wenn Sie aktiv daran beteiligt sind oder sich selbst in Gefahr bringen
- ✗ Entwicklungsstörungen
- ✗ Behandlungen von Fettleibigkeit
- ✗ Behandlungen in Einrichtungen, die keine anerkannten Einrichtungen für ärztliche Behandlung sind
- ✗ Behandlungen von einem Arzt, der von den entsprechenden Behörden nicht anerkannt ist
- ✗ Behandlungen, die aufgrund eines Selbstmordversuches nötig sind oder damit im Zusammenhang stehen, oder jede Verletzung oder Erkrankung, die der Anspruchsberechtigte sich selbst zuzug
- ✗ Unfruchtbarkeitsbehandlung
- ✗ Leihmutterchaften
- ✗ Persönlichkeits- oder Charakterstörungen
- ✗ Behandlung einer durch den Konsum oder Missbrauch von Substanzen oder Alkohol entstandenen Erkrankung
- ✗ Funktionelle Sexualstörungen
- ✗ Experimentelle Behandlungen
- ✗ Kosmetische oder rekonstruktive Behandlungen (es sei denn, diese Behandlung ist medizinisch notwendig)
- ✗ Nicht notfallmäßige Behandlungen außerhalb Ihres Krankenversicherungsgebiets.

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



Gibt es irgendwelche Beschränkungen der Versicherungsdeckung?

! **Der Versicherungsschutz unterliegt immer Voraussetzungen für die Inanspruchnahme**

! **Einschränkungen pro Person pro Policenjahr, soweit nicht anderweitig festgelegt:**

- 30 Tage: Rehabilitation
- 60 Tage: Psychiatrische Behandlung und Verhaltenstherapie: (30 Tage nur auf stationärer und teilstationärer Basis)

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

- Erste 3 Monate: Präventive und routinemäßige zahnärztliche Behandlung
- Erste 12 Monate: Größere restaurative zahnärztliche Behandlungen

! Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung für die Basisversicherung oder die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ wählen, müssen Sie den Selbstbehalt und/oder die Kostenbeteiligung direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zahlen.

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

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

! Wenn Sie außerhalb des Cigna-Netzwerks eine Behandlung in den USA erhalten, sinkt der von uns gezahlte Betrag um 20%

! Wenn Sie keine vorherige Genehmigung für eine Behandlung in den USA erhalten, reduzieren wir den von uns gezahlten Betrag um 50%. Wenn diese Behandlung außerhalb des Cigna-Netzwerks erfolgt, werden wir den Betrag um weitere 20% reduzieren. Bitte beachten Sie, dass wir nach unserem alleinigen Ermessen und ohne Benachrichtigung von Zeit zu Zeit Änderungen am Cigna-Netzwerk vornehmen können, indem wir Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte und Apotheken hinzufügen und/oder entfernen. Einzelheiten zu den Anbietern innerhalb des Netzwerks finden Sie, indem Sie dem Link in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich folgen oder sich an unser Kundenservice-Team wenden..

! Falls Sie für Behandlungen außerhalb der USA keine vorherige Genehmigung einholen, verringern wir den Betrag, den wir zahlen, um 20 %

! Der Versicherungsschutz für die Notaufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Versicherungsgebiets beschränkt sich auf maximal drei Wochen pro Reise und auf maximal 45 Tage pro Versicherungsdauer. Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag von 40.000 USD pro Versicherungsjahr übernommen.

! Diese Versicherung deckt die Behandlungskosten im Land der Staatsangehörigkeit des Versicherungsnehmers für jeden Begünstigten nur dann ab, wenn sich der Begünstigte vorübergehend in dem Land seiner Staatsangehörigkeit aufhält, und zwar für einen Zeitraum, der insgesamt 180 Tage pro Versicherungszeitraum nicht überschreitet, und das Land der Staatsangehörigkeit muss im Geltungsbereich der Versicherung liegen.

! Für die Leistung Verordnete Medikamente und Verbandsartikel im Rahmen die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘, unterliegen Medikamente, die von einem Arzt in den USA verschrieben und/oder von einer Apotheke in den USA geliefert werden, unserer Arzneimittelliste.

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



Wo gilt mein Versicherungsschutz?

- ✓ Diese Versicherung gilt für Sie und alle weiteren Personen, die in Ihrer Police aufgeführt sind, nur im Land des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers und im Land seiner Staatsangehörigkeit.



Was sind meine Verpflichtungen?

- Sie müssen Ihren Versicherungsbeitrag zahlen
- Sie haften für alle ausstehenden der nicht gezahlten Prämien, wenn wir während der Versicherungsdauer eine Schadenserstattungen bezahlt oder eine Zahlungsgarantie geleistet haben
- Falls Sie eine Selbstbeteiligung oder einen Eigenanteil ausgewählt haben, müssen Sie den vereinbarten Betrag zahlen, bevor Cigna Zahlungen durchführt
- Sie müssen nach Bedarf ihre vollständige medizinische Vorgeschichte bereitstellen
- Sie müssen vor jeglicher Behandlung eine vorherige Genehmigung einholen
- Sie müssen uns informieren, falls Sie oder jemand in Ihrer Police seine Adresse, sein Wohnsitzland oder seine Staatsangehörigkeit ändert oder nicht länger als im Ausland lebende Personen gilt.



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Bei diesem Vertrag handelt es sich um einen Jahresvertrag. Dies bedeutet, dass der Versicherungsschutz ab dem Datum des Versicherungsbeginns genau ein (1) Jahr lang gültig ist, wenn er nicht gekündigt oder verlängert wird. Ihr Anfangsdatum steht auf der ersten Versicherungsbescheinigung.
- Wenn dieser Vertrag vor dem ursprünglichen Ende der Laufzeit endet, wird jede Prämie, außer im Falle von Betrug, die in Bezug auf den Zeitraum nach Ablauf der Deckung gezahlt wurde, zurückerstattet, soweit sie sich nicht auf einen Zeitraum bezieht, den wir abgedeckt haben, soweit wir während des Versicherungszeitraums keine Forderungen bezahlt oder eine Zahlungsgarantie abgegeben haben.
- Ihre Police wird automatisch erneuert und die Zahlung geht automatisch ein, es sei denn, Sie, oder unter bestimmten Umständen wir, entscheiden sich dazu, sie nicht zu erneuern.



Wie storniere ich den Vertrag?

- Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Datum, an dem Sie diesen Vertrag erhalten, widerrufen. Nach diesem 14-tägigen Zeitraum können Sie jederzeit stornieren, indem Sie uns mindestens 14 Tagen vorher schriftlich informieren.