



KUNDEN- LEITFADEN

Alles, was Sie über Ihre Krankenversicherung
wissen müssen



VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR SIE UND IHRE FAMILIE IM AUSLAND

IHRE CIGNA GLOBAL VERSICHERUNG

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Cigna Global Krankenversicherung entschieden haben, um sich und Ihre Familie abzusichern. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, Ihnen dabei zu helfen, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern und Ihnen ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Alles, was wir tun, dient diesem Zweck.

Bitte lesen Sie diesen Kundenleitfaden zusammen mit *Ihrer Versicherungsbescheinigung* und *Ihren Vertragsbedingungen* durch, da sie alle für die *Versicherungsdauer* Bestandteil des *Vertrags* zwischen *Ihnen* und *uns* sind.

Sie haben sich für eine Krankenversicherung entschieden, die *Ihren* individuellen Bedürfnissen entspricht; wenn *Sie* in *Ihrem Kundenleitfaden* blättern und den vollen Umfang der von *uns* bereitgestellten Versicherungsleistungen entdecken, fallen Ihnen vielleicht einige *kursiv gedruckte* Begriffe auf. Diese Begriffe sind in *Ihren Vertragsbedingungen* klar definiert, um Missverständnisse zu vermeiden.

Wir hoffen, *Sie* genießen in der Zwischenzeit die Gewissheit, dass *Sie* und *Ihre* Familie schnellen Zugang zu ausgezeichnete[r] medizinischer *Versorgung* haben, jederzeit und überall.

INHALT

Unser Kundenversprechen	4
Kontakt	5
Ihr Online-Kundenbereich	6
Im Krankheitsfall	7
Einreichung Ihres Erstattungsantrags	10
Im Krankheitsfall - Zusammenfassung	11
Globales gesundheitsprogramm	12
Nützliche Informationen	13
Erläuterung der Begriffe Selbstbeteiligung, Umlage und maximale Zuzahlung	14
Ihre Leistungen im Detail	16

UNSER KUNDENVERSPRECHEN

Wir sind stolz darauf, Ihnen einen hervorragenden Kundendienst anzubieten. Unser Versprechen an Sie:

- > Sie können *unseren* erfahrenen Kundendienst 24 Stunden am Tag kontaktieren;
- > Sie erhalten über unser umfangreiches Netzwerk schnellen und einfachen Zugang zu medizinischen Einrichtungen und medizinischem Fachpersonal auf der ganzen Welt;
- > In den meisten Fällen rechnen *wir* die Kosten mit *Ihrem Gesundheitsdienstleister* direkt ab. Sollten *Sie* die *Behandlung* einmal selbst bezahlen müssen, *bemühen wir uns*, *Ihren* Erstattungsantrag innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten;
- > Sie können die Bezahlung in über 135 Währungen erhalten.

Das ist alles möglich durch



Kundendienst-Servicezentren, die in mehreren Sprachen Hilfe und Unterstützung anbieten.



Ein medizinisches Netzwerk aus mehr als einer Million Partnerschaften, einschließlich 89.000 Verhaltenstherapeuten, sowie 11.400 Gesundheitseinrichtungen und *Kliniken*.



Ein einfaches Kostenerstattungssystem, durch das *Sie* in vielen Fällen ohne Bezahlung *behandelt* werden können, indem *Sie* einfach zuerst *unseren* Kundendienst anrufen.



KONTAKT

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Krankenversicherung haben, eine *Behandlung* genehmigen lassen oder uns aus irgendeinem anderen Grund kontaktieren möchten, wenden Sie sich bitte an *unseren* Kundendienst, der rund um die Uhr für Sie da ist.



Telefon: **+44 1475-788-182**



Fax: **+44 1475-492-113**



E-Mail: **cignaglobal_customer.care@cigna.com**



In den USA:

Telefon: 800-835-7677

Fax: 855-358-6457



In Hongkong:

Telefon: 2297-5210



In Singapur:

Telefon: 800-186-5047

IHR ONLINE-KUNDENBEREICH

Als Kunde von Cigna haben Sie über Ihren sicheren Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen, wo auch immer Sie sich in der Welt aufhalten. Dort können Sie Ihren Vertrag effektiv verwalten. Unter anderem können Sie:

- > Ihre Vertragsdokumente, einschließlich Ihrer Versicherungsbescheinigung und der Cigna ID-Karten aller Ihrer mitversicherten Personen einsehen
- > Ihre Vertragsbedingungen prüfen
- > Ihren Krankenversicherungsumfang für sich und Ihre Familie prüfen
- > Erstattungsanträge online einreichen
- > Medizinische Einrichtungen und medizinisches Fachpersonal in Ihrer Nähe ausfindig machen
- > Zugang zur Website für Gesundheit und Wohlbefinden
- > Laden Sie die Cigna Wellbeing™ App herunter
- > die App „Sicher reisen“ herunterladen (nur für Kunden der Platinum- und Gold-Versicherung)

Um Zugang zu Ihrem sicheren Online-Kundenbereich zu erhalten, melden Sie sich bitte auf www.cignaglobal.com an. Anschließend

klicken Sie rechts oben auf die Schaltfläche „Kundenbereich-Login“.

Klicken Sie dann auf die Schaltfläche „Login zum Kundenbereich, um zum Kundenbereich-Login zu gelangen.“

Geben Sie im Feld Benutzer-ID die E-Mail-Adresse, die Sie uns bereitgestellt haben und anschließend Ihr Passwort ein.



Sollten Sie Probleme haben, auf den Kundenbereich zuzugreifen, wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst.

Vorherige Genehmigung

Wenden Sie sich vor einer *Behandlung* bitte an *unseren* Kundendienst. Wir können *Ihnen* beim Aufstellen Ihres *Behandlungsplans* helfen und *Ihnen* die zeitraubende Suche nach einem *Krankenhaus*, einer *Klinik* oder einem *Arzt* abnehmen. Außerdem können *wir* in den meisten Fällen eine Direktabrechnung mit *Ihrer Behandlungseinrichtung* vereinbaren. So bleiben Ihnen Umstände erspart und *Sie* können sich ganz auf *Ihre* Gesundheit konzentrieren.

Wenn *wir* keine Direktabrechnung mit der Behandlungseinrichtung vereinbaren können, teilen *wir Ihnen* bei *Ihrem* Genehmigungsanruf den zuständigen Abrechnungsdienstleister mit. Es kann vorkommen, dass *wir* keine Direktabrechnung mit einer Behandlungseinrichtung vereinbaren können. In diesen Fällen werden *wir Sie* benachrichtigen.

Unsere Experten stehen Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung, um *Ihren Behandlungsplan* mit Ihnen zu besprechen und direkt mit *Ihrer Behandlungseinrichtung* Verbindung aufzunehmen, um eine *Zahlungsgarantie* zu vereinbaren und sicherzustellen, dass *die Behandlung*, der *Sie* sich unterziehen werden, von Ihrer *Krankenversicherung* abgedeckt ist.

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.

Notfallbehandlungen

Uns ist bewusst, dass es nicht immer möglich ist, dass ein *Anspruchsberechtigter uns* zur vorherigen Genehmigung einer Behandlung kontaktiert (beispielsweise in Notfällen oder wenn ein Familienangehöriger plötzlich erkrankt und so schnell wie möglich *behandelt* werden muss). In solchen Fällen bitten *wir Sie* oder den betroffenen *Anspruchsberechtigten*, *uns* innerhalb von 48 Stunden nach Beginn der *Behandlung* zu kontaktieren, damit *wir* bestätigen können, ob die *Behandlung* von

Wichtiger Hinweis

Alle *Behandlungen* müssen vorab von *uns* genehmigt werden. Dadurch können wir sicherstellen, dass *Ihr* Erstattungsantrag von Ihrer *Versicherung* abgedeckt ist. Wenn *Sie* keine vorherige Genehmigung von *uns* erhalten, können Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen auftreten oder *wir* lehnen es möglicherweise sogar ab, die Kosten ganz oder teilweise zu erstatten.

Wir werden den Betrag, den *wir* zahlen, um folgende Prozentsätze reduzieren:

- > 50 % wenn *Sie* für *Behandlungen* in den USA, bei denen dies erforderlich ist, keine vorherige Genehmigung eingeholt haben;
- > 20 % wenn *Sie* für *Behandlungen* außerhalb der USA keine vorherige Genehmigung eingeholt haben.

Ihrer Versicherung abgedeckt ist und die direkte Abrechnung mit *Ihrem* Dienstleister vereinbaren können. So können *wir* auch gewährleisten, dass *Sie* oder der betroffene *Anspruchsberechtigte* seine Krankenversicherungsleistungen optimal nutzen.

Im Fall einer *Notfallbehandlung* bitten *wir Sie* um eine Erklärung dazu, warum die *Behandlung* dringend erforderlich war, und verlangen möglicherweise Nachweise dafür. Wenn *wir* zustimmen, dass es nicht möglich oder praktikabel war, eine vorherige Genehmigung einzuholen, erstatten *wir* die Kosten der *Erstbehandlung* im Notfall (einschließlich aller verschriebenen Medikamente und innerhalb der Bedingungen dieses *Vertrags*).

Wird ein *Anspruchsberechtigter* durch ein *Krankenhaus*, einen *Arzt* oder eine *Klinik* behandelt, die nicht zum *Cigna* 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.

Im Krankheitsfall

Bitte denken Sie daran, *Ihre Cigna ID-Karte zu Ihrer Behandlung* mitzubringen und *Ihr Krankenhaus, Ihren Arzt oder Ihre Klinik* um eine Direktabrechnung zu bitten, sofern dies nicht bereits bestätigt wurde. *Wir* geben dem Dienstleister erforderlichenfalls eine *Zahlungsgarantie*. Eine Kopie *Ihrer Cigna ID-Karte* ist in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich erhältlich.

Wichtiger Hinweis

Alle *Anspruchsberechtigten* sind dafür verantwortlich, etwaige *Selbstbeteiligungen* und/oder *Eigenanteile* zum *Behandlungszeitpunkt* direkt an das *Krankenhaus, den Arzt oder die Klinik* zu zahlen.

Zahlungsgarantie

Wir können unter bestimmten Umständen einem *Anspruchsberechtigten* oder einem *Krankenhaus, Arzt* oder einer *Klinik* eine *Zahlungsgarantie* geben. Das bedeutet, dass *wir* im Voraus einwilligen, die Kosten einer bestimmten *Behandlung* ganz oder teilweise zu übernehmen. In dem Fall, dass *wir* eine *Zahlungsgarantie gegeben haben*, bezahlen wir dem *Anspruchsberechtigten* oder dem *Krankenhaus, dem Arzt* oder der *Klinik* den vereinbarten Betrag bei Eingang eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der zugehörigen Rechnung; diese Zahlung erfolgt nach Abschluss der *Behandlung*.

Behandlungen in den USA

Wenn eine Genehmigung vorab eingeholt wird, der *Anspruchsberechtigte* jedoch entscheidet, sich von einem *Krankenhaus, einem Arzt* oder einer *Klinik behandeln* zu lassen, die nicht zum *Cigna* Netzwerk gehört, reduzieren *wir* den Betrag, den *wir* zahlen, um 20 %. Eine Liste der im *Cigna* Netzwerk enthaltenen *Krankenhäuser, Kliniken* und *Ärzte* ist in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich erhältlich. Weitere Informationen erhalten *Sie* bei *unserem* Kundendienst.

Wir verstehen, dass es Situationen geben kann, in denen es vernünftigerweise nicht möglich ist, dass *Behandlungen* durch ein *Krankenhaus, einen Arzt* oder eine *Klinik* im *Cigna* Netzwerk erfolgen. In diesen Fällen reduzieren *wir* die Zahlungen unsererseits nicht. Beispiele hierfür sind:

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



Wie wir Erstattungsanträge nach der Behandlung bezahlen

Wir bezahlen Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihren Arzt direkt

Einige *Krankenhäuser*, *Ärzte* oder *Kliniken* sind bereit, direkt mit *uns* abzurechnen. Wenn die *Behandlung* unter der Krankenversicherung abgedeckt ist, muss *uns* das *Krankenhaus*, der *Arzt* oder die *Klinik* die Originalrechnung schicken und *wir* bezahlen sie direkt.

Wenn Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihr Arzt Ihnen eine Rechnung ausstellt

Wenn ein *Krankenhaus*, ein *Arzt* oder eine *Klinik* eine Rechnung direkt an einen *Anspruchsberechtigten* ausstellt und das *Krankenhaus*, der *Arzt* oder die *Klinik* nicht bezahlt worden ist, muss der *Anspruchsberechtigte* die Originalrechnung so bald wie möglich an *uns* schicken und *wir* werden alle Zahlungen im Rahmen dieser *Versicherung* mit dem *Krankenhaus*, dem *Arzt* oder der *Klinik* direkt abrechnen.

Wenn Sie Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihren Arzt bezahlt haben

Wenn das *Krankenhaus*, der *Arzt* oder die *Klinik* einem *Anspruchsberechtigten* direkt eine Rechnung ausstellt und die Rechnung bezahlt wurde, kann der *Anspruchsberechtigte* *uns* so bald wie möglich die Originalrechnung, eine Quittung und ein Erstattungsformular für die Zahlung schicken, die an das *Krankenhaus*, den *Arzt* oder die *Klinik* erfolgt ist. *Wir* erstatten dem *Anspruchsberechtigten* anschließend alle Anteile der *Behandlungskosten*, die von seiner Krankenversicherung abgedeckt werden.

In jedem Fall werden *wir* nur die Anteile der entstandenen Kosten zahlen, die abgedeckt sind. *Wir* informieren *Sie*, falls *wir* glauben, dass ein bestimmter Anteil der Kosten nicht abgedeckt ist. *Wir* können *Ihnen* die Kosten per Banküberweisung oder per Scheck erstatten.

Sie können Erstattungsanträge online über *Ihren* sicheren Online-Kundenbereich, per E-Mail oder Fax einreichen oder per Post an *uns* schicken. Auf Seite 10 finden Sie Einzelheiten zur Einreichung von Erstattungsanträgen für *Ihre* spezifische Region.

Sie können Erstattungsformulare aus *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich oder unter www.cignaglobal.com/help/claims herunterladen.

Wichtiger Hinweis

Wir benötigen möglicherweise zusätzliche Informationen zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags, beispielsweise Krankenberichte oder andere Informationen über den Gesundheitszustand des *Anspruchsberechtigten* oder die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchung, die *wir* unter Umständen verlangen und bezahlen.

Anspruchsberechtigte werden angehalten, Erstattungsanträge und Rechnungen so bald wie möglich nach einer *Behandlung* einzureichen. Wenn der Erstattungsantrag und die Rechnung nicht innerhalb von zwölf Monaten nach dem *Behandlungsdatum* bei *uns* eingereicht werden, wird der Erstattungsantrag nicht von *uns* bezahlt oder zurückerstattet.

Wir werden die folgenden Kosten im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag übernehmen:

- > Kosten, die im Abschnitt *Liste der Leistungen* des vorliegenden *Kundenleitfadens*, der zum Zeitpunkt der Behandlung des *Anspruchsberechtigten* gilt, aufgeführt sind.
- > Kosten für abgeschlossene *Behandlungen*, jedoch nicht für zukünftige *Behandlungen*, die Anzahlungen oder Vorauszahlungen erfordern.
- > *Medizinisch notwendige* und klinisch angemessene *Behandlungen* für den *Anspruchsberechtigten*.
- > Angemessene und übliche Kosten für *Behandlungen* sowie Dienstleistungen im Zusammenhang mit *Behandlungen*, die in der *Liste der Leistungen* aufgeführt sind. *Wir* übernehmen solche *Behandlungskosten* entsprechend der angemessenen Höhe am Ort der *Behandlung* und gemäß der etablierten klinischen und medizinischen Praxis.

EINREICHUNG IHRES ERSTATTUNGSANTRAGS

Wenn Sie *Ihre Behandlung* selbst bezahlt haben, können Sie *Ihre* Rechnung und Ihr Erstattungsformular mithilfe einer der folgenden Methoden an *uns* schicken. Bitte geben Sie die Vertragsnummer auf allen Dokumenten deutlich lesbar an.

 **Online-Kundenbereich:** www.cignaglobal.com

 **E-Mail:** cignaglobal_customer.care@cigna.com

 **Fax:** +44 1475-492-113

 **Postanschrift:**

Behandlungen außerhalb der USA, Hongkong und Singapur

Cigna Global Health Options
Kundendienst
1 Knowe Road
Greenock
Scotland PA15 4RJ

Behandlungen in Hongkong

Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd
Cigna Global Health Options
Kundendienst
16/F
International Trade Tower
348 Kwun Tong Road
Kwun Tong
Kowloon
Hongkong SAR

Innerhalb der USA:

Fax: 855-358-6457

Behandlungen in den USA

Cigna International
PO Box 15964
Wilmington
Delaware 19850
USA

Behandlungen in Singapur

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



IM KRANKHEITSFALL - ZUSAMMENFASSUNG

Das folgende Diagramm fasst den Prozess für *Behandlungen* und *Kostenrückerstattungen* zusammen



Vor einer *Behandlung* wenden Sie sich bitte an *unseren* Kundendienst. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie auf Seite 5



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



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



Wenn *Sie* sich für eine *Selbstbeteiligung* und/oder einen *Eigenanteil* entschieden haben, rechnen *Sie* diesen Betrag direkt mit *Ihrem Krankenhaus, Ihrer Klinik oder Ihrem Arzt* ab und *wir* zahlen den Rest

Wenn *Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihr Arzt* Ihnen eine Rechnung ausstellt

Schicken Sie uns *Ihre Rechnung* und Ihr Erstattungsformular

Wir erstatten *Ihrem Krankenhaus, Ihrer Klinik oder Ihrem Arzt* die *Kosten* (abzüglich *Ihrer* jeweiligen *Selbstbeteiligung* und/oder *Eigenanteil*)

Wenn *Sie Ihr Krankenhaus, Ihre Klinik oder Ihren Arzt* selbst bezahlt haben

Schicken Sie uns *Ihre Rechnung* und Ihr Erstattungsformular

Wir erstatten *Ihnen* Ihre *Kosten* (abzüglich *Ihrer* jeweiligen *Selbstbeteiligung* und/oder *Eigenanteil*)



Wir bemühen uns, *Ihren* Erstattungsantrag innerhalb von fünf Werktagen nach Erhalt aller erforderlichen Dokumente zu bearbeiten

Einreichung von Erstattungsanträgen

Sie und alle Ihre *Anspruchsberechtigten* müssen die in diesem *Kundenleitfaden* erläuterten Verfahren im Zusammenhang mit Erstattungsanträgen befolgen.

GLOBALES GESUNDHEITSPROGRAMM

Unser einzigartiges globales Gesundheitsprogramm wird von unseren einsatzkräftigen Ärzten und Pflegekräften ausgeführt, die sich gemeinsam mit unseren Klienten ernster oder komplexer Gesundheitszustände annehmen – für eine umfassende medizinische Versorgung.

Unser Ziel ist, dass Sie und Ihre Familie glücklicher und gesunder leben können dank eines beispiellosen medizinischen Kompetenzniveaus, das allen *Begünstigten* folgendes bietet:



ENTSCHEIDUNGSHILFEPROGRAMM



Wir bieten unseren Klienten die Möglichkeit, einen Arzt oder eine Pflegekraft zu konsultieren, z. B. in Form eines internationalen Dienstes für Zweitgutachten oder einfach durch die Unterstützung unserer Klienten zu einer kritischen und oftmals emotionalen Zeit. Inbegriffen sind z. B. eine unabhängige Prüfung der Diagnose oder des *Behandlungsplans*.

KOMPLEXES FALLMANAGEMENT DURCH PFLEGEKRÄFTE



Bei einer komplexeren *Behandlung* können unsere *Pflegekräfte* den Fall übernehmen und medizinische Orientierung und Unterstützung bieten. Die Pflegekraft kann außerdem der dedizierte Ansprechpartner des *Begünstigten* während des *Behandlungsprozesses* sein.



Unser globales Gesundheitsprogramm verfolgt einen proaktiven und personalisierten Ansatz bei der Handhabung komplexer Gesundheitszustände.

Unsere qualifizierten *Pflegekräfte* des klinischen Teams setzen sich umgehend mit Klienten in Verbindung, die unter bestehenden oder schwerwiegenden Erkrankungen leiden, und fungieren als persönliche und dedizierte Kontaktstelle für den Klienten. Sie erhalten personalisierte Unterstützung sowie Informationen zu folgenden Themen:

- > Unser Entscheidungshilfeprogramm;
- > Medizinische Netzwerke/Kassenärzte;
- > *Krankenhausaufenthalte* und Informationen zum Gesundheitswesen;
- > Ausführliche Berichterstattung;
- > Personalisierte Unterstützung und Fallmanagement;
- > Global Care on Demand.

NÜTZLICHE INFORMATIONEN

Was Ihre Ausschlüsse bedeuten

Ausschlüsse sind Kosten oder *Behandlungen*, die von *Ihrer* Krankenversicherung nicht abgedeckt werden. Bitte schlagen Sie in *Ihren Vertragsbedingungen* die Liste der Allgemeinen Ausschlusskriterien nach, die für alle Krankenversicherungen und Optionen von Cigna Global Health Options gelten. Wenn für *Ihre* individuelle *Krankenversicherung* besondere Ausschlüsse gelten, sind diese auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt. Bei einigen besonderen Ausschlüssen haben *wir* möglicherweise zugestimmt, den besonderen Ausschluss gegen einen Zusatzbeitrag zu streichen; Einzelheiten hierzu finden Sie auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung*.

Sie verstehen einige Wörter und Begriffe nicht?

Machen Sie sich keine Sorgen, wenn Sie nicht wissen, was einige der Begriffe in diesem Leitfaden bedeuten. In *Ihren Vertragsbedingungen* ist eine praktische Liste mit Definitionen enthalten.

Zahlung Ihrer Beiträge

Sie können *Ihre* Beiträge entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zahlen. *Sie* können mit Debit- oder Kreditkarte zahlen oder, wenn *Sie* jährlich zahlen, *Ihren* Betrag überweisen. Bitte benachrichtigen *Sie uns*, wenn *Ihre* Kreditkarte abgelaufen ist oder *Sie* eine neue Karte benutzen, damit *wir* *Ihre* Kartenummer und deren Gültigkeitsdatum aktualisieren können.

Verlängerung Ihres Vertrags

Wir kontaktieren *Sie* mindestens einen Monat vor Ende *Ihrer Versicherungsdauer*, um herauszufinden, ob *Sie Ihren Vertrag* verlängern möchten. *Wir* teilen *Ihnen* etwaige Änderungen *Ihrer Leistungen* und *Vertragsbedingungen* mit, die bei einer Verlängerung gelten. *Ihre Vertragsdokumente* für die bevorstehende *Vertragsdauer* sind in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich erhältlich, u. a. auch *Ihr* Versicherungsplan, der Einzelheiten zu *Ihren* Beiträgen enthält. Wenn *Sie* sich entschieden haben, gedruckte Exemplare *Ihrer Vertragsdokumente* zu erhalten, schicken *wir*

Ihnen diese außerdem an die *uns* vorliegende Postanschrift. Wenn *Sie* sich für eine Erneuerung Ihres Versicherungsschutzes entscheiden, müssen *Sie* nichts weiter unternehmen, denn *Ihr* Schutz wird dann automatisch für weitere zwölf Monate erneuert. Wir stellen *Ihnen an Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum* eine *Versicherungsbescheinigung* für Ihre neue *Vertragsdauer* aus.

Änderung Ihrer Anspruchsberechtigten

Wenn kein *qualifizierendes Lebensereignis* vorliegt, können *Sie Anspruchsberechtigte* nur am Ende einer jährlichen *Versicherungsdauer* aufnehmen oder streichen lassen, wenn *Ihr* Versicherungsschutz verlängert wird. Wenn ein *qualifizierendes Ereignis* wie Heirat, Scheidung oder die Geburt eines Kindes eingetreten ist, können *Sie* jederzeit während *Ihrer* jährlichen *Versicherungsdauer* einen *Anspruchsberechtigten* hinzufügen oder entfernen lassen. Wenn *Sie* einen *Anspruchsberechtigten* hinzufügen, entfernen oder ändern lassen möchten, rufen *Sie* einfach den Kundendienst an, der *Ihnen* gerne weiterhilft.

Änderung Ihrer Leistungen

Wenn *Sie Ihre* Leistungen ändern möchten, können *Sie* dies am Ende der jährlichen *Versicherungsdauer* tun, wenn *Ihr* *Versicherungsschutz* verlängert wird. Bitte kontaktieren *Sie* den Kundendienst, der *Ihnen* gerne weiterhilft und die verschiedenen Optionen und eventuell zusätzlich zu zahlenden Beiträgen mit *Ihnen* bespricht.

Stornierung Ihres Vertrags

Wenn *Sie Ihren Vertrag* kündigen und den Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* aufheben möchten, können *Sie* dies jederzeit tun, indem *Sie uns* mindestens sieben Tage vorher schriftlich über Ihre Absicht informieren.

ERLÄUTERUNG DER BEGRIFFE SELBSTBETEILIGUNG, EIGENANTEIL UND MAXIMALE ZUZAHLUNG

Unser umfassendes Angebot an *Selbstbeteiligungs-* und *Eigenanteilsoptionen* ermöglicht es *Ihnen*, *Ihre* Krankenversicherung exakt auf *Ihre* Bedürfnisse zuzuschneiden.

Sie können bei der internationalen Krankenversicherung und/oder dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen eine *Selbstbeteiligung* und/oder einen *Eigenanteil* wählen. Bei Geldleistungen in Verbindung mit einer *stationären* Behandlung oder Versorgungsleistungen für Neugeborene entfällt die *Selbstbeteiligung*.

Sie sind dafür verantwortlich, den Betrag Ihrer *Selbstbeteiligung* und Ihres *Eigenanteils* direkt mit dem *Krankenhaus*, der *Klinik* oder dem

Arzt abzurechnen. *Wir* teilen *Ihnen* die Höhe dieses Betrags mit. Wenn *Sie* sich sowohl für eine *Selbstbeteiligung*, als auch für einen *Eigenanteil* entscheiden, wird der von *Ihnen* im Zusammenhang mit der *Selbstbeteiligung* zahlbare Betrag vor dem von *Ihnen* in Verbindung mit dem *Eigenanteil* zahlbaren Betrag errechnet. Die *maximale Zuzahlung* ist der maximale *Eigenanteil*, die ein *Anspruchsberechtigter* innerhalb der *Versicherungsdauer* entrichten müsste.

Die folgenden Beispiele veranschaulichen das System der *Selbstbeteiligung*, des *Eigenanteils* und der *maximalen Zuzahlung*.

BEISPIEL 1: SELBSTBETEILIGUNG

(auch als „Selbstbehalt“ bezeichnet)

Dies ist der Betrag, den *Sie* innerhalb einer *Versicherungsdauer* in Verbindung mit *Ihren* Behandlungskosten selbst entrichten müssen.

Rechnungsbetrag:	1.200 \$
Selbstbeteiligung:	500 \$



SIE ZAHLEN ...
Selbstbeteiligung
in Höhe von
500 \$



**WIR
BEZAHLEN ...**
700 \$

DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Sie zahlen lediglich die *Selbstbeteiligung* und *wir* übernehmen den Rest.

BEISPIEL 2: EIGENANTEIL NACH ABZUG DER SELBSTBETEILIGUNG UND MAXIMALER ZUZAHLUNG

(wenn *Ihr Eigenanteil* nach der Zahlung der *Selbstbeteiligung* noch unter der *maximalen Zuzahlung* liegt)

Als *Eigenanteil* wird der prozentuale Anteil jeder Antragssumme bezeichnet, den *Sie* selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist die maximale Eigenbeteiligung, die *Sie* im Rahmen des *Eigenanteils* innerhalb einer *Versicherungsdauer* entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	5.000 \$
Selbstbeteiligung:	0 \$
Eigenanteil in Höhe von 20 %:	1.000 \$
Maximale Zuzahlung:	2.000 \$



SIE ZAHLEN ...
Ihre 20 % Eigenanteil
in Höhe von
1.000 \$



**WIR
BEZAHLEN ...**
4.000 \$

DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Ihr Eigenanteil beträgt 20 % von 5.000 \$, also 1.000 \$. Dieser Betrag liegt unter *Ihrer maximalen Zuzahlung*, deshalb zahlen *Sie* 1.000 \$ und *wir* übernehmen den Rest.

BEISPIEL 3: EIGENANTEIL NACH ABZUG DER SELBSTBETEILIGUNG UND MAXIMALER ZUZAHLUNG

(wenn *Ihr Eigenanteil* nach der Zahlung der *Selbstbeteiligung* noch unter der *maximalen Zuzahlung* liegt)

Als *Eigenanteil* wird der prozentuale Anteil jeder Antragssumme bezeichnet, den *Sie* selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist die maximale Eigenbeteiligung, die *Sie* im Rahmen des *Eigenanteils* innerhalb einer *Versicherungsdauer* entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	20.000 \$
Selbstbeteiligung:	0 \$
Umlage in Höhe von 20 %:	4.000 \$
Maximale Zuzahlung:	2.000 \$



SIE ZAHLEN ...

Die maximale Zuzahlung in Höhe von **2.000 \$**



WIR BEZAHLEN ...

18.000 \$

DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Ihr Eigenanteil beträgt 20 % von 20.000 \$, also 4.000 \$. Dieser Betrag liegt über *Ihrer maximalen Zuzahlung*, deshalb zahlen *Sie* nur 2.000 \$ und *wir* übernehmen den Rest.

BEISPIEL 4: SELBSTBETEILIGUNG, EIGENANTEIL UND MAXIMALE ZUZAHLUNG NACH SELBSTBETEILIGUNG

(wenn *Ihr Eigenanteil* nach der Zahlung der *Selbstbeteiligung* noch unter der *maximalen Zuzahlung* liegt)

Als *Eigenanteil* wird der prozentuale Anteil jeder Antragssumme bezeichnet, den *Sie* selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist die maximale Eigenbeteiligung, die *Sie* im Rahmen des *Eigenanteils* innerhalb einer *Versicherungsdauer* entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	20.000 \$
Selbstbeteiligung:	375 \$
Eigenanteil in Höhe von 20 %:	3.925 \$
Maximale Zuzahlung:	5.000 \$



SIE ZAHLEN ...

Die Selbstbeteiligung in Höhe von **375 \$** und den Eigenanteil in Höhe von **3.925 \$**



WIR BEZAHLEN ...

15.700 \$

DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Nachdem *Sie Ihre Selbstbeteiligung* in Höhe von 375 \$ bezahlt haben, beträgt *Ihr Eigenanteil* 20 % von 19.625 \$, also 3.925 \$. Dieser Betrag liegt nicht über *Ihrem maximalen Zuzahlungsbetrag*, deshalb zahlen *Sie* einen *Eigenanteil* in Höhe Ihres *maximalen Zuzahlungsbetrags* von 3.925 \$ (plus 375 \$ Selbstbeteiligung, die *Sie* bereits verauslagt haben), und *wir* übernehmen den Rest.

! Bitte beachten Sie:

Die *Selbstbeteiligung*, der *Eigenanteil* nach *Selbstbeteiligung* und die *maximale Zuzahlung* werden für jeden *Anspruchsberechtigten* und jede *Versicherungsdauer* separat festgelegt.

IHRE LEISTUNGEN IM DETAIL

Bei der Zusammenstellung *Ihrer* individuellen *Cigna Global* Krankenversicherung haben *Sie* möglicherweise zusätzliche Leistungen zu *Ihrer* Basisdeckung, der internationalen Krankenversicherung, gewählt. In diesem Abschnitt erklären *wir* detailliert, welchen Versicherungsschutz *Sie* bei welcher Option erhalten. Um sich zu vergewissern, welche Leistungen *Sie* gewählt haben, können *Sie* einfach einen Blick auf *Ihre Versicherungsbescheinigung* werfen. Ihre *Versicherungsbescheinigung* enthält ebenso Einzelheiten zu der von *Ihnen* für *Ihre* Versicherung gewählten Region, entweder *Weltweit einschließlich USA* oder *Weltweit ohne USA*.

Die *Leistungstabellen* führen die einzelnen, von *Ihrer* Versicherung abgedeckten Leistungen auf. Der Tarif *Platinum* bietet unbeschränkten Versicherungsschutz in Verbindung mit der internationalen Krankenversicherung und dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, mit Ausnahme von *Leistungen*, bei denen individuelle Beschränkungen existieren. Die Tarife *Gold* und *Silver*, sowie zahnärztliche Versicherungsoptionen haben jährliche Höchstgrenzen. Dabei handelt es sich um die maximalen Beträge, die *wir* dem *Anspruchsberechtigten* pro *Versicherungsdauer* erstatten.

Die *Leistungen* im Rahmen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen, für medizinische Notfallrevakulierungen, für Gesundheit und Wohlbefinden und für augen- und zahnärztliche Behandlungen sind nur erhältlich, wenn *Sie* diese zusätzlich zu *Ihrer* Basisdeckung, der internationalen Krankenversicherung, gekauft haben. Bitte lesen *Sie* die zusätzlichen

Erläuterungen zu den einzelnen *Leistungen* innerhalb der *Leistungstabellen*.

Der internationale Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen umfasst *Behandlungen*, die in einem *Krankenhaus*, einem Behandlungszimmer oder einer *Ambulanz* erfolgen, wenn eine *stationäre* oder *teilstationäre* Aufnahme nicht erforderlich ist. Das bedeutet, dass eine *Notfallbehandlung*, die keine *stationäre* oder *teilstationäre* Aufnahme erfordert, nur dann abgedeckt ist, wenn *Sie* den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gekauft haben.

Die *Leistungen* und alle zusätzlich gewählten Optionen unterliegen den Bedingungen, Grenzen und Ausschlüssen dieses *Vertrags* (einschließlich der in den *Vertragsbedingungen* enthaltenen *allgemeinen Ausschlüsse*, der in der *Liste der Leistungen* enthaltenen spezifischen Ausschlüsse und etwaiger, in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* enthaltener *Sonderausschlüsse*). Die in diesem *Kundenleitfaden* enthaltene *Liste der Leistungen* führt etwaige Grenzen in Verbindung mit den *Leistungen* auf. *Vollständig übernommene Leistungen* unterliegen gegebenenfalls der jährlichen Gesamthöchstgrenze. Einige *Leistungen* beinhalten *Wartefristen*, d. h. *Sie* können einen Erstattungsantrag im Zusammenhang mit *Behandlungen* erst nach Ablauf der *Wartefrist* einreichen.

Die *Leistungsgrenzen* sind in *USD*, *EUR* and *GBP* angegeben. Die Währung, die *Sie* zur Bezahlung *Ihres* Beitrags gewählt haben, ist gleichzeitig die in Verbindung mit *Ihren* Versicherungsleistungen anwendbare Währung.



Krankenversicherung für Notfälle außerhalb des Versicherungsgebiets - für Kunden mit dem Versicherungsschutz Weltweit ausgenommen USA.

Als zusätzliche Sicherheit enthält *Ihre* Krankenversicherung einen kurzfristigen Krankenversicherungsschutz für Notfälle, wenn *Sie* einen Ort außerhalb *Ihres* ausgewählten *Versicherungsgebiets* besuchen.

Anspruchsberechtigte sind für *Notfallbehandlungen* auf *stationärer* oder *teilstationärer* Basis oder auf *ambulanter* Basis (sofern *Sie* im Rahmen *Ihrer* *Krankenversicherung* die zusätzliche Versicherungsoption für internationale ambulante Behandlungen gekauft haben) auf kurzzeitigen Geschäfts- oder Urlaubsreisen krankenversichert, auch wenn solche Reisen außerhalb *Ihres* ausgewählten *Versicherungsgebiets* erfolgen. Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf maximal drei Wochen pro Reise und für alle Reisen zusammengerechnet auf maximal 60 Tage pro *Versicherungsdauer*. Bitte lesen *Sie* die vollständigen *Versicherungsbedingungen* im Zusammenhang mit dieser *Leistung* in Absatz 10.6.1 *Ihrer* *Vertragsbedingungen*.

INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Unsere Versicherungen umfassen drei klar definierte Deckungsstufen: Silver, Gold und Platinum.

Die von Ihnen gewählte Deckungsstufe ist in der folgenden Tabelle erläutert. Sämtliche Beträge gelten pro Anspruchsberechtigtem und pro Versicherungsdauer (sofern nicht anders vermerkt).

Die internationale Krankenversicherung ist Ihr grundlegender Versicherungsschutz für Kosten in Verbindung mit stationären und teilstationären Behandlungen und Unterbringungskosten, sowie Krebsbehandlung, psychiatrischer Behandlung und vielem mehr. Unsere Gold- und Platinum-Versicherungen bieten Ihnen außerdem Versicherungsschutz für stationäre und teilstationäre Mutterschaftsleistungen.

GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer. Dazu zählen Erstattungen, die in allen Bereichen der internationalen Krankenversicherung ausbezahlt wurden.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Unbegrenzt

IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Krankenhausgebühren für: Pflege und Unterkunft für stationäre und teilstationäre Behandlung, sowie Aufwachraum	Vollständige Kostenerstattung eines Zweibettzimmers	Vollständige Kostenübernahme für ein Einzelzimmer	Vollständige Kostenübernahme für ein Einzelzimmer
<ul style="list-style-type: none"> > Wir übernehmen die Kosten für Pflege und Unterbringung eines Anspruchsberechtigten in stationärer oder teilstationärer Behandlung, sowie ggf. die Kosten für den Behandlungsraum, wenn ein Anspruchsberechtigter sich einer ambulanten Operation unterzieht. > Wir übernehmen diese Kosten nur, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • es für den Anspruchsberechtigten medizinisch notwendig ist, stationär oder teilstationär behandelt zu werden; • die Dauer seines Krankenhausaufenthalts medizinisch angemessen ist; • die erhaltene Behandlung von einem Facharzt bereitgestellt oder überwacht wird; und • wenn er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (gilt nur für die Gold- und Platinum-Versicherungen) untergebracht wird oder • wenn er in einem Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad (gilt nur für Silver-Versicherung) untergebracht wird. 	<p>Wenn die Gebühren eines Krankenhauses je nach Art des Zimmers, in dem der Anspruchsberechtigte untergebracht ist, variieren, ist der maximale Betrag, den wir zahlen, der Betrag, der dem Anspruchsberechtigten berechnet worden wäre, wenn er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (bei den Tarifen Gold und Platinum) oder einem Zweibettzimmer mit gemeinsamem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (beim Tarif Silver) untergebracht worden wäre.</p> <p>Wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass der Anspruchsberechtigte länger im Krankenhaus bleiben muss, als wir im Voraus genehmigt haben, oder entscheidet, dass der Anspruchsberechtigte eine andere Behandlung benötigt als die, die wir im Voraus genehmigt haben, muss der Arzt uns einen Bericht vorlegen, in dem Folgendes erklärt wird: wie lange der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss; die Diagnose (falls sie sich geändert hat); und die Behandlung, die der Anspruchsberechtigte erhalten hat und erhalten muss.</p>		

	Silver	Gold	Platinum
Krankenhausgebühren für: <ul style="list-style-type: none"> › Operationssaal › verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial für <i>stationäre</i> oder <i>teilstationäre Behandlung</i>. › <i>Kosten für Behandlungsraum</i> bei <i>ambulanter Operation</i>. 	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<i>Kosten für den Operationssaal</i> <ul style="list-style-type: none"> › Wir übernehmen die Kosten für alle Kosten und Gebühren in Verbindung mit der Nutzung eines Operationssaals, wenn die <i>Behandlung</i> durch diesen <i>Vertrag</i> abgedeckt wird. 	<i>Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial</i> <ul style="list-style-type: none"> › Wir übernehmen die Kosten für Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial eines <i>Anspruchsberechtigten</i> in <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer Behandlung</i>. › Wir übernehmen die Kosten für Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial, die für die Verwendung zu Hause verschrieben werden, nur, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügt (es sei denn, sie werden im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i> verschrieben). 		

	Silver	Gold	Platinum
Intensivmedizin: <ul style="list-style-type: none"> › Intensivtherapie › Kardiologische Intensivversorgung › Überwachungsstation 	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> › Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> in einer Einrichtung für <i>Intensivversorgung</i>, <i>Intensivtherapie</i> oder <i>kardiologische Intensivpflege</i> oder einer <i>Überwachungsstation</i>, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • die Einrichtung der Platz ist, der sich am besten für seine <i>Behandlung</i> eignet, • die von der Einrichtung bereitgestellte Leistung ein essentieller Teil seiner <i>Behandlung</i> ist und • die von der Einrichtung bereitgestellte <i>Behandlung</i> bei Patienten, die an derselben Art von <i>Erkrankung</i> oder <i>Verletzung</i> leiden oder dieselbe Art von <i>Behandlung</i> erhalten, routinemäßig erforderlich ist. 			

	Silver	Gold	Platinum
Honorare für Chirurgen und Anästhesisten	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> › Wir übernehmen bei <i>stationären</i>, <i>teilstationären</i> und <i>ambulant</i>en <i>Behandlungen</i> die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • Honorare für Chirurgen und Anästhesisten • Honorare für Chirurgen und Anästhesisten in Verbindung mit <i>Behandlungen</i>, die unmittelbar vor oder nach der <i>Operation</i> erforderlich sind (d. h. am Tag der <i>Operation</i>) › Wir übernehmen die Kosten für <i>ambulante Behandlungen</i> vor oder nach der <i>Operation</i> nur, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> über internationalen Versicherungsschutz für ambulante <i>Behandlungen</i> verfügt (es sei denn, die <i>Behandlung</i> erfolgt im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i>). 			

	Silver	Gold	Platinum
Gebühren für Beratung durch Fachpersonal	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> › Wir übernehmen die Kosten für regelmäßige <i>Facharztvisiten</i> während <i>Krankenhausaufenthalten</i>, einschließlich einer <i>Intensivversorgung</i> durch einen <i>Facharzt</i>, solange sie <i>medizinisch notwendig</i> ist. › Wir übernehmen die Kosten für <i>Konsultationen</i> mit <i>Fachärzten</i> während <i>Krankenhausaufenthalten</i>, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i>: <ul style="list-style-type: none"> • dort <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird, • dort operiert wird oder • wenn die <i>Konsultation</i> <i>medizinisch notwendig</i> ist. 			

Krankenhausunterbringung eines Elternteils oder eines Erziehungsberechtigten

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

Silver

1.000 \$
740 €
665 £

Gold

1.000 \$
740 €
665 £

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › 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 in demselben *Krankenhaus* möglich ist und
 - die Kosten 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.

Transplantationsleistungen für Organ-, Knochenmark- und Stammzellentransplantationen

Silver

Vollständige
Kostenübernahme

Gold

Vollständige
Kostenübernahme

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › *Wir* übernehmen die Kosten für eine *stationäre Behandlung*, die direkt mit einer Organtransplantation in Verbindung steht, für den *Anspruchsberechtigten*, wenn:
 - die Transplantation *medizinisch notwendig* ist und das zu transplantierende Organ von einem Familienmitglied des *Anspruchsberechtigten* gespendet wurde oder aus einer geprüften und legitimen Quelle stammt.
- › *Wir* übernehmen die Kosten für Medikamente gegen die Abstoßung von Transplantaten nach einer Transplantation, wenn sie *stationär* verabreicht werden.
- › *Wir* übernehmen die Kosten für eine *stationäre Behandlung*, die direkt mit einer Knochenmark- oder Stammzellentransplantation in Verbindung steht, für den *Anspruchsberechtigten*, wenn:
 - die Transplantation *medizinisch notwendig* ist oder
 - das zu transplantierende Material aus dem eigenen Knochenmark oder den eigenen Stammzellen des *Anspruchsberechtigten* besteht oder Knochenmark ist, das aus einer geprüften und legitimen Quelle stammt.
- › Im Rahmen dieses Teils des *Vertrags* zahlen *wir* keine Knochenmarks- oder peripheren Stammzellentransplantationen, wenn die Transplantation Bestandteil einer *Krebsbehandlung* sind. Der Versicherungsschutz, den *wir* bezüglich der *Krebsbehandlung* bereitstellen, ist in anderen Teilen dieses *Vertrags* erklärt.
- › Wenn eine Person einem *Anspruchsberechtigten* Knochenmark oder ein Organ spendet, übernehmen *wir* die Kosten für:
 - die Entnahme des Organs oder Knochenmarks,
 - alle *medizinisch notwendigen* Tests oder Verfahren zum Abgleich der Gewebemerkmale,
 - die *Krankenhauskosten* für den Spender und
 - Kosten aufgrund von Komplikationen, die der Spender innerhalb von 30 Tagen nach dem Verfahren erleidet, unabhängig davon, ob der Spender unter diesem *Vertrag* abgedeckt ist oder nicht.
- › Der Betrag, den *wir* für die Behandlungskosten eines Spenders zahlen, wird um den Betrag reduziert, der dem Spender bezüglich derartiger Kosten im Rahmen einer anderen Versicherung oder aus einer anderen Quelle zu zahlen ist.
- › *Wir* übernehmen keine Kosten für *ambulante Behandlungen* des *Anspruchsberechtigten* oder des Spenders, es sei denn, diese spezifische *ambulante Behandlung* ist unter dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen des *Anspruchsberechtigten* abgedeckt.
- › Spendet ein *Anspruchsberechtigter* ein Organ für eine *medizinisch notwendige* Transplantation, übernehmen *wir* die medizinischen Kosten, die dem *Anspruchsberechtigten* in Zusammenhang mit dieser Spende entstehen, bis zu den Obergrenzen jeglichen *Vertrags*. Jedoch übernehmen *wir* nur die Kosten für die Entnahme des Spenderorgans, wenn der vorgesehene Empfänger ebenfalls ein *Anspruchsberechtigter* unter dieser Versicherung ist.
- › *Wir* erwägen alle *medizinisch notwendigen* Transplantationen. Andere Transplantationen (beispielsweise Transplantationen, die als experimentelle Verfahren gelten) sind im Rahmen dieses *Vertrags* nicht abgedeckt. Der Grund dafür besteht in Bedingungen oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes, die an anderer Stelle in diesem *Vertrag* erklärt werden.

Wichtiger Hinweis

- › Ein *Anspruchsberechtigter* muss sich an *uns* wenden und im Voraus eine Genehmigung einholen, bevor Kosten im Zusammenhang mit der Spende oder der Transplantation von Organen, Knochenmark oder Stammzellen entstehen.

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

	Silver	Gold	Platinum
Pathologie, Radiologie und <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen erweiterte bildgebende Verfahren)	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Es wird vorausgesetzt, dass Untersuchungen auf <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer</i> Basis erfolgen.</p> <p>› <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut- und Urintests, • Röntgenaufnahmen, • Ultraschallscans, • Elektrokardiogramme (EKG) und • andere <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung), <p>wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem <i>Facharzt</i> während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i> eines <i>Anspruchsberechtigten</i> zur <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> <i>Behandlung</i> empfohlen werden.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Erweiterte bildgebende Verfahren (MRT, CT und PET) Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die folgenden Verfahren, wenn sie von einem <i>Facharzt</i> im Rahmen einer <i>stationären</i>, <i>teilstationären</i> oder <i>ambulanten</i> <i>Behandlung</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> empfohlen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magnetresonanztomographie (MRT), • Computertomographie (CT) und/oder • Positron-Emissions-Tomographie (PET). <p>› <i>Wir</i> fordern ggf. im Vorfeld einer Magnetresonanztomographie (MRT) einen ärztlichen Bericht an.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Physiotherapie und ergänzende Therapien Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Es wird vorausgesetzt, dass die <i>Behandlung</i> auf <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer</i> Basis erfolgt.</p> <p>› <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>Behandlungen</i> durch Physiotherapeuten und Therapeuten für ergänzende <i>Behandlungen</i> (Akupunkteure, Homöopathen und Praktizierende der chinesischen Medizin), wenn diese <i>Therapien</i> von einem <i>Facharzt</i> während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> zur <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> <i>Behandlung</i> empfohlen werden (jedoch nicht die primäre <i>Behandlung</i> darstellen, die der <i>Anspruchsberechtigte</i> im <i>Krankenhaus</i> erhalten soll).</p>			

Häusliche Pflege

Bis zu 30 Tage und bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro *Versicherungsdauer*.

Silver

2.500 \$
1.850 €
1.650 £

Gold

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › Wir zahlen einem *Anspruchsberechtigten* bis zu 30 Tage *häusliche Pflege* pro *Versicherungsdauer*, wenn
 - sie von einem *Facharzt* nach einer *stationären* oder *teilstationären Behandlung* empfohlen wird, die von diesem *Vertrag* abgedeckt wird,
 - sie direkt, nachdem der *Anspruchsberechtigte* das *Krankenhaus* verlassen hat, beginnt und
 - sie die Zeit verkürzt, die der *Anspruchsberechtigte* im *Krankenhaus* bleiben muss.

Wichtiger Hinweis

- › 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.

Rehabilitation

Bis zu 30 Tage und bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro *Versicherungsdauer*.

Silver

2.500 \$
1.850 €
1.650 £

Gold

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › Wir zahlen *Rehabilitationsbehandlungen* (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), die von einem *Facharzt* empfohlen werden und nach einem Trauma wie einem Schlaganfall oder einer *Wirbelsäulenverletzung* *medizinisch notwendig* sind.

- › Wenn es erforderlich ist, die *Rehabilitationsbehandlung* in einem *Rehabilitationszentrum* durchzuführen, kommen wir für alle Erkrankungen, die eine *Rehabilitationsbehandlung* erfordern, jeweils für bis zu 30 Tage für Unterbringung und Verpflegung auf.

Wann die 30-Tages-Grenze erreicht ist, berechnen wir folgendermaßen:

- Wir zählen jeden Aufenthalt über Nacht, während dem ein *Anspruchsberechtigter stationäre Behandlung* erhält, als einen Tag.
- Wir zählen jeden Tag, an dem ein *Anspruchsberechtigter ambulante* und *teilstationäre Behandlung* erhält, als einen Tag.

- › Vorbehaltlich der vorherigen Genehmigung vor dem Beginn der *Behandlung* zahlen wir eine *Rehabilitationsbehandlung* von mehr als 30 Tagen, wenn eine weitere *Behandlung* *medizinisch notwendig* ist und von dem behandelnden *Facharzt* empfohlen wird.

Wichtiger Hinweis

- › Wir zahlen *Rehabilitationsbehandlungen* nur, wenn sie nach oder als Folge einer *Behandlung* notwendig sind, die von diesem *Vertrag* abgedeckt wird, und sie innerhalb von 30 Tagen nach dem Ende der ursprünglichen *Behandlung* beginnen.
- › Sämtliche *Rehabilitationsbehandlungen* müssen von uns im Voraus genehmigt werden. Wir genehmigen *Rehabilitationsbehandlungen* nur, wenn der behandelnde *Facharzt* uns einen Bericht vorlegt, in dem Folgendes erklärt wird:
 - i) wie lange der *Anspruchsberechtigte* im *Krankenhaus* bleiben muss,
 - ii) die Diagnose, und
 - iii) die *Behandlung*, die der *Anspruchsberechtigte* erhalten hat oder erhalten muss.

Hospiz- und palliative Pflege

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Lebensdauer.

Silver

2.500 \$
1.850 €
1.650 £

Gold

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › Wenn bei einem *Anspruchsberechtigten* eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird und es keine *Behandlung* gibt, die die Genesung wirkungsvoll unterstützt, zahlen wir die *Krankenhaus-* oder Hospizpflege und Unterbringung, Pflege, verschriebene Medikamente, sowie körperliche und psychologische Betreuung.

	Silver	Gold	Platinum
Interne Prothesen bzw. chirurgische und medizinische Geräte Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> › Wir kommen für die Kosten für interne Prothesen, Geräte oder Apparate auf, die während einer <i>Operation</i> im Rahmen der <i>Behandlung eines Anspruchsberechtigten</i> eingesetzt werden. › Als ein <i>chirurgisches Gerät</i> oder ein <i>medizinisches Gerät</i> gelten: <ul style="list-style-type: none"> • ein künstliches Glied, eine Prothese oder ein Gerät, das/die zum Zweck oder in Verbindung mit einer <i>Operation</i> erforderlich ist, oder • ein künstliches Gerät oder eine Prothese, das/die für die <i>Behandlung</i> umgehend nach einer <i>Operation</i> notwendig ist, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist, oder • Eine Prothese oder ein Gerät, die/das <i>medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses kurzzeitig</i> notwendig ist. 			

	Silver	Gold	Platinum
Externe Prothesen bzw. chirurgische und medizinische Geräte Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Für jede Prothese	Für jede Prothese	Für jede Prothese
	3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	3.100 \$ 2.400 € 2.000 £
<ul style="list-style-type: none"> › Wir kommen für externe Prothesen, Geräte und Apparate auf, die im Rahmen der <i>Behandlung</i> eines <i>Anspruchsberechtigten</i> erforderlich sind (vorbehaltlich der weiter unten erklärten Einschränkungen). › Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • eine Prothese oder ein Gerät, die/das für die <i>Behandlung</i> umgehend nach einer <i>Operation</i> notwendig ist, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist, oder • eine Prothese oder ein Gerät, die/das <i>medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig</i> notwendig ist. › Bei <i>Anspruchsberechtigten</i> über 18 Jahren zahlen wir eine erste externe Prothese pro <i>Versicherungsdauer</i>. Wir kommen bei <i>Anspruchsberechtigten</i> ab dem Alter von 18 Jahren nicht für Ersatzprothesen auf. › Bei <i>Anspruchsberechtigten</i> bis zu 17 Jahren zahlen wir eine erste externe Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen pro <i>Versicherungsdauer</i>. › Mit einer externen ,Prothese bezeichnen wir einen externen künstlichen Körperteil, beispielsweise eine Prothese für Gliedmaßen oder eine Handprothese, die im Rahmen der <i>Behandlung</i> unmittelbar im Anschluss an die <i>Operation</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> <i>medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses kurzzeitig</i> notwendig ist. 			

	Silver	Gold	Platinum
Lokaler Krankentransport und Luftambulanz	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Sofern <i>medizinisch notwendig</i>, zahlen <i>wir</i> einen lokalen Rettungswagen, um einen <i>Anspruchsberechtigten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vom Ort eines Unfalls oder einer Verletzung zu <i>einem Krankenhaus zu transportieren</i>, • von <i>einem Krankenhaus</i> zu einem anderen zu transportieren oder • von seinem Zuhause zu einem <i>Krankenhaus</i> zu bringen. <p>› <i>Wir</i> zahlen den Transport durch einen lokalen Rettungswagen nur dann, wenn er mit einer <i>Behandlung</i> in Verbindung steht, die ein <i>Anspruchsberechtigter</i> in einem <i>Krankenhaus</i> erhalten muss. Sofern <i>medizinisch notwendig</i>, kommen <i>wir</i> für einen Luftrettungsdienst auf, um den <i>Anspruchsberechtigten</i> vom Ort des Unfalls oder der <i>Verletzung</i> zu einem <i>Krankenhaus</i> zu transportieren oder von einem <i>Krankenhaus</i> zu einem anderen zu transportieren.</p> <p>Wichtige Hinweise</p> <p>› Der Versicherungsschutz für den Luftrettungsdienst gilt vorbehaltlich der folgenden Bedingungen und Einschränkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einigen Situationen ist eine Luftrettung unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich. In diesen Fällen vereinbaren oder <i>zahlen wir</i> keinen Luftrettungsdienst. Mit diesem <i>Vertrag</i> ist nicht garantiert, dass ein Luftrettungsdienst immer auf Anfrage verfügbar sein wird, auch wenn er medizinisch angemessen wäre. • <i>Wir</i> zahlen einen Luftrettungsdienst nur, um einen <i>Anspruchsberechtigten</i> über Entfernungen von bis zu 160 Kilometern zu transportieren, und nur dann, wenn er mit einer <i>Behandlung</i> in Verbindung steht, die ein <i>Anspruchsberechtigter</i> in einem <i>Krankenhaus</i> erhalten muss. <p>› Dieser <i>Vertrag</i> deckt keine Bergrettungsdienste ab.</p> <p>› Medizinische Evakuierungen oder Rückführungen sind nur dann abgedeckt, wenn <i>Sie</i> einen internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport haben. Einzelheiten zu dieser Option finden Sie im entsprechenden Abschnitt dieses <i>Kundenleitfadens</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Stationäre Geldleistungen Pro Nacht bis zu 30 Nächte pro <i>Versicherungsdauer</i> .	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>› <i>Wir</i> kommen direkt für Kosten der <i>Anspruchsberechtigten</i> auf, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • im <i>Krankenhaus</i> eine <i>Behandlung</i> erhalten, die von dieser Versicherung abgedeckt ist, • in einem <i>Krankenhaus</i> über Nacht bleiben und • für Zimmer, Verpflegung und <i>Behandlung</i> noch keine Rechnung gestellt worden ist. 			

	Silver	Gold	Platinum
Zahnärztliche Notfallbehandlung bei stationären Patienten	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› <i>Wir</i> kommen für zahnärztliche <i>Behandlungen</i> im <i>Krankenhaus</i> nach einem schweren Unfall auf, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind.</p> <p>› <i>Wir</i> zahlen zahnärztliche <i>Notfallbehandlungen</i>, die ein <i>Anspruchsberechtigter</i> während einer <i>stationären Behandlung</i> in einem <i>Krankenhaus</i> benötigt, wenn diese <i>stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung</i> von dem <i>behandelnden Arzt</i> aufgrund eines <i>zahnärztlichen Notfalls</i> empfohlen wird (jedoch nicht die primäre <i>Behandlung</i> darstellt, derentwegen der <i>Anspruchsberechtigter</i> ins <i>Krankenhaus</i> eingewiesen wurde).</p> <p>› Diese <i>Leistung</i> wird anstelle von anderen zahnärztlichen <i>Leistungen</i> gezahlt, auf die der <i>Anspruchsberechtigter</i> unter diesen Umständen Anspruch hätte.</p>			

Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlung

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

Silver

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Gold

10.000 \$
7.400 €
6.650 £

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › Vorbehaltlich der weiter unten aufgeführten Einschränkungen zahlen wir:
 - die *Behandlung* von psychiatrischen Erkrankungen und Störungen, sowie
 - die Diagnose von Suchterkrankungen (einschließlich Alkohol).

Suchtbehandlung

- › Wir kommen für die Kosten für einen Kurs oder ein Programm zur *Suchtbehandlung* in einem spezialisierten Zentrum auf, das *evidenzbasierte Behandlungen* anbietet, sofern diese Behandlungen *medizinisch notwendig* sind und von einem *Arzt* empfohlen werden.
- › Wir zahlen bis zu drei *Entgiftungsversuche*. Danach zahlen wir weitere *Entgiftungen* nur, wenn der *Anspruchsberechtigte* einen formellen *ambulant* Kurs oder ein ambulantes Programm zur Suchtbehandlung abschließt.
- › Wir kommen nicht für andere *Behandlungen* im Zusammenhang mit Alkoholismus oder Sucht oder *Behandlungen* verbundener Erkrankungen (wie Depression, Demenz oder Leberinsuffizienz) auf, wenn wir vernünftigerweise davon ausgehen, dass die Erkrankung, die eine *Behandlung* erfordert, die direkte Folge von Alkoholismus oder Sucht ist.

Wichtige Hinweise

- › Wir zahlen nur für *Behandlungen* psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen, die *evidenzbasiert*, *medizinisch notwendig* und von einem *Arzt* empfohlen sind.
- › Wir kommen für *Behandlungen* psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 90 Tagen pro *Versicherungsdauer* auf, einschließlich bis zu 30 Tage *stationärer Behandlung*.
- › Wir kommen für *Behandlungen* psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 180 Tagen in einem Fünfjahreszeitraum auf. Wenn beispielsweise ein *Anspruchsberechtigter* 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung während einer *Versicherungsdauer* und 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung in der darauf folgenden *Versicherungsdauer* erhalten hat, bezahlen wir in den nächsten drei aufeinander folgenden Jahren des Versicherungsschutzes keine weitere psychiatrische oder Suchtbehandlung.
- › Wann diese 30-, 90- bzw. 180-Tages-Grenze erreicht ist, berechnen wir folgendermaßen:
 - Wir zählen jeden Aufenthalt über Nacht, während dem ein *Anspruchsberechtigter* *stationäre Behandlung* erhält, als einen Tag.
 - Wir zählen jeden Tag, an dem ein *Anspruchsberechtigter* *ambulante* und *teilstationäre Behandlung* erhält, als einen Tag.
- › Wir übernehmen nur dann die Kosten für Medikamente, die auf *ambulanter* Basis im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen verschrieben werden, wenn Sie über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügen.
- › Vorbehaltlich vorheriger Genehmigung und vorausgesetzt, dass der *Arzt* sich in Ihrem *ausgewählten Versicherungsgebiet* befindet, zahlen wir ggf. für Konsultationen, die auf elektronischem Wege oder telefonisch erfolgen.

Krebsbehandlungen

Silver

Vollständige
Kostenübernahme

Gold

Vollständige
Kostenübernahme

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- › Nach einer *Krebsdiagnose* übernehmen wir die Kosten für die *Behandlung*, wenn diese *Behandlung* von uns als eine *aktive* und *evidenzbasierte Behandlung* angesehen wird. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlungsbehandlung, Onkologie, *diagnostische Tests* und Medikamente, ungeachtet dessen, ob der *Anspruchsberechtigte* über Nacht in einem *Krankenhaus* bleibt oder die *Behandlung* auf *teilstationärer* oder *ambulanter* Basis erfolgt.
- › Wir zahlen keine genetischen Tests zum *Krebsrisiko*.

VERSORGUNG VON ELTERN UND BABY

	Silver	Gold	Platinum
Routineversicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen <i>(Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</i> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> . Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem <i>Vertrag</i> versichert ist.	Nicht abgedeckt	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen für die folgenden Mutter- und Kind-Leistungen und <i>Behandlungen</i> auf <i>stationärer</i> oder <i>ambulanter</i> Basis – wie jeweils anwendbar –, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes unter diesem <i>Vertrag</i> <i>Anspruchsberechtigte</i> war: <ul style="list-style-type: none"> <i>Krankenhausgebühren</i> und Geburtshelfer- und Hebammenhonorare für routinemäßige Entbindungen Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen Wir zahlen nicht für Leihmutterschaften oder damit in Zusammenhang stehende <i>Behandlungen</i>. Wir zahlen keine <i>Mutterschaftsleistungen</i> oder <i>Behandlungen</i> für eine <i>Anspruchsberechtigte</i>, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als eine Leihmutter für eine <i>Anspruchsberechtigte</i> fungiert. 			

	Silver	Gold	Platinum
Komplikationen in der Schwangerschaft <i>(Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</i> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> . Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem <i>Vertrag</i> versichert ist.	Nicht abgedeckt	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen <i>stationäre</i> oder <i>ambulante</i> <i>Behandlungen</i> im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes eine <i>anspruchsberechtigt</i> unter diesem <i>Vertrag</i> war. Hierunter fallen nur Erkrankungen, die eine direkte Folge der Schwangerschaft oder Entbindung sind. Dieser Teil des <i>Vertrags</i> deckt keine Hausgeburten ab. Wir zahlen nur für einen Kaiserschnitt, wenn er <i>medizinisch notwendig</i> ist. Wenn wir nicht bestätigen können, dass er <i>medizinisch notwendig</i> war, erstatten wir die Kosten nur bis zur Grenze der routinemäßigen <i>Mutterschaftsleistungen</i>. Wir zahlen nicht für Leihmutterschaften oder damit in Zusammenhang stehende <i>Behandlungen</i>. Wir zahlen keine <i>Mutterschaftsleistungen</i> oder <i>Behandlungen</i> für eine <i>Anspruchsberechtigte</i>, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als eine Leihmutter für eine <i>Anspruchsberechtigte</i> fungiert. 			

	Silver	Gold	Platinum
Hausgeburten <i>(Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</i> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> . Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem <i>Vertrag</i> versichert ist.	Nicht abgedeckt	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen Honorare für Hebammen und <i>Fachärzte</i> im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt <i>anspruchsberechtigt</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> war. 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 <i>Liste der Leistungen</i> enthaltenen Grenzen für Hausgeburten bezahlt werden. 			

Versorgung Neugeborener

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag für die *Behandlung* innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt. Verfügbar, sobald mindestens ein Elternteil mindestens zwölf Monate lang unter dem *Vertrag* versichert ist.

	Silver	Gold	Platinum
	25.000 \$	75.000 \$	156.000 \$
	18.500 €	55.500 €	122.000 €
	16.500 £	48.000 £	100.000 £

- Vorausgesetzt, dass das Neugeborene in den *Vertrag* aufgenommen wird, zahlen *wir* für:
 - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt und
 - sämtliche *Behandlungen*, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt, anstelle von anderen *Leistungen*, wenn mindestens ein Elternteil vor der Geburt des Säuglings unter dem *Vertrag* mindestens zwölf Monate lang durchgehend versichert war.

Wir benötigen keine Informationen zur Gesundheit des Neugeborenen oder Ergebnisse einer ärztlichen Untersuchung, wenn ein *Antragsformular*, das Neugeborene in den *Vertrag* aufzunehmen, innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei *uns* eingegangen ist. Wenn ein *Antrag* später als 30 Tage nach der Geburt des Neugeborenen eingeht, benötigen *wir* für das Neugeborene eine Risikoprüfung. Dazu muss ein medizinischer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden, wobei *wir* uns bestimmte Einschränkungen oder Ausschlüsse vorbehalten.

- *Wir* übernehmen die Kosten für:
 - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt und
 - sämtliche *Behandlungen*, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt, anstelle von anderen *Leistungen*, wenn kein Elternteil zwölf zusammenhängende Monate vor Geburt des Neugeborenen unter dem *Vertrag* abgedeckt war und *wir* ein *Antragsformular* erhalten, das Neugeborene als einen *Anspruchsberechtigten* in den *Vertrag* aufzunehmen. *Wir* benötigen für das Neugeborene eine Risikoprüfung, weiterhin muss ein medizinischer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden. Der Versicherungsschutz erfolgt unter der Bedingung einer Zeichnung von Versicherungsrisiken, wobei *wir* uns spezielle Einschränkungen und Ausschlüsse vorbehalten.
- Die oben erklärten Pflegeleistungen für Neugeborene sind nicht für Kinder erhältlich, die nach einer Fruchtbarkeitsbehandlung (wie IVF) geboren, von einer Leihmutter entbunden, oder die adoptiert wurden. In diesen Fällen können Kinder erst in den *Vertrag* aufgenommen werden, wenn sie 90 Tage alt sind. Der Versicherungsschutz für das Neugeborene erfolgt vorbehaltlich des Ausfüllens eines Gesundheitsfragebogens, wobei *wir* uns besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorschreiben.

Erbkrankheiten

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro *Versicherungsdauer*.

	Silver	Gold	Platinum
	5.000 \$	20.000 \$	39.000 \$
	3.700 €	14.800 €	30.500 €
	3.325 £	13.300 £	25.000 £

- *Wir* zahlen für *stationäre* oder *teilstationäre Behandlungen* bei angeborenen Krankheiten, die sich vor dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten manifestieren, falls:
 - mindestens ein Elternteil für mindestens zwölf aufeinanderfolgende Monate vor der Geburt unter dem *Vertrag* versichert war und das Neugeborene innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt in den *Vertrag* aufgenommen wird
 - und die Erkrankung(en) zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des *Vertrags* nicht ersichtlich war(en).

IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND EIGENANTEILS-OPTIONEN

Selbstbeteiligung (verschiedene Summen)

Eine *Selbstbeteiligung* ist der Betrag, den *Sie* selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von *Ihrer* Versicherung vorgenommen werden.

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 £

Eigenanteil nach Abzug der Selbstbeteiligung und der maximalen Zuzahlung

Der *Eigenanteil* ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von *Ihrer* Versicherung abgedeckt ist.

Wählen Sie zunächst den *Eigenanteil*:

0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Die *maximale Zuzahlung* ist der maximale Betrag, den *Sie* als *Eiganteil* pro *Versicherungsdauer* entrichten müssten.

Wählen Sie anschließend Ihre *maximale Zuzahlung*:

Der Betrag Des *Eigenanteils* wird nach Berücksichtigung der *Selbstbeteiligung* ermittelt. Nur Beträge, die *Sie* als *Eigenanteil* entrichten, werden als Beitrag zur *maximalen Zuzahlung* gewertet.

2.000 \$ oder 5.000 \$
 1.480 € oder 3.700 €
 1.330 £ oder 3.325 £

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



UM SICH ZU VERGEWISSEN, 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 *Ihnen* umfassenderen Schutz für *ambulante* Behandlungen und medizinische Notfälle, die auftreten können, wenn eine *teilstationäre* oder *stationäre Krankenhausaufnahme* nicht erforderlich ist. Außerdem eingeschlossen sind Konsultationen bei *Fachärzten* und *Ärzten*, *ambulant* verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial, *ambulante* Schwangerschaftsvor- und -nachsorge, Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik und vieles mehr.

GRENZE FÜR LEISTUNGEN

Jährliche Leistungen - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer Darin eingeschlossen sind Erstattungen, die in allen Bereichen der internationalen ambulanten Behandlung ausbezahlt wurden.	Silver	Gold	Platinum
	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	25.000 \$ 18.500 € 16.625 £	Unbegrenzt

IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

Beratungen mit <i>praktischen</i> und <i>Fachärzten</i> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Silver	Gold	Platinum
	Begrenzt auf 125 \$/90 €/80 £ pro Arztbesuch. Bis zu 15 Besuche pro Jahr.	Begrenzt auf 250 \$/ 185 €/165 £ pro Arztbesuch. Bis zu 30 Besuche pro Jahr.	Vollständige Kostenübernahme

> 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, bis zu einer maximalen Anzahl von Besuchen, die Sie der *Leistungstabelle* entnehmen können.

> Wir zahlen für nicht-operative, *Behandlungen* auf *ambulanter* Basis, die von einem *Facharzt* als *medizinisch notwendig* empfohlen werden.

> Vorbehaltlich vorheriger Genehmigung und vorausgesetzt, dass der *Arzt* sich in *Ihrem* ausgewählten *Versicherungsgebiet* befindet, zahlen *wir* ggf. für Konsultationen, die auf elektronischem Wege oder telefonisch erfolgen.

Schwangerschaftsvor- und -nachsorge (Nur <i>Gold-</i> und <i>Platinum-Versicherungen</i>) Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer. Verfügbar, sobald diese Option mindestens zwölf Monate lang im Vertrag der Mutter enthalten war.	Silver	Gold	Platinum
	Nicht abgedeckt	3.500 \$ 2.750 € 2.250 £	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £

> Wir zahlen für *medizinische notwendige* Schwangerschaftsvor- und nachsorge auf *ambulanter* Basis, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate *anspruchsberechtigt* für diese zusätzliche *Leistung* des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Leistungen war.

Beispiele für entsprechende *Behandlungen* und Tests sind:

- routinemäßige Geburtshelfer- und Hebammenhonorare
- alle planmäßigen Ultraschall- und weiteren Untersuchungen
- verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial
- routinemäßige Bluttests vor der Geburt, falls erforderlich
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionzottenbiopsie (auch unter dem Synonym Chorionbiopsie bekannt)
- nicht-invasiver pränataler Test (NIPT) für Hochrisiko-Patientinnen
- Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen

	Silver	Gold	Platinum
Pathologie, Radiologie und <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen erweiterte bildgebende Verfahren) Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Tests, wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem <i>Facharzt</i> im Rahmen einer <i>ambulanten Behandlung</i> eines <i>Anspruchsberechtigten</i> empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut- und Urintests, • Röntgenaufnahmen, • Ultraschallschans, • Elektrokardiogramme (EKG) und • andere <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung). 			

	Silver	Gold	Platinum
Physiotherapie Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für physiotherapeutische <i>Behandlungen</i> auf <i>ambulanter</i> Basis, die <i>medizinisch notwendig</i> sind und <i>Ihnen</i> dabei helfen, <i>Ihre</i> normalen täglichen Aktivitäten auszuführen. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Physiotherapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die <i>Behandlung</i> stattfindet, zur Erbringung der <i>Behandlung</i> zugelassen ist. Ausgeschlossen sind sportmedizinische <i>Behandlungen</i>.</p> <p>› Wir verlangen vor der Genehmigung einen ärztlichen Bericht und einen <i>Behandlungsplan</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Osteopathie und chiropraktische <i>Behandlungen</i> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 15 Besuche	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 15 Besuche	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 30 Besuche
<p>› Wir zahlen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von Terminen pro <i>Versicherungsdauer</i> für Osteopathie- und chiropraktische <i>Behandlungen</i>, die <i>evidenzbasiert</i>, <i>medizinisch notwendig</i> und von einem <i>behandelnden Facharzt</i> empfohlen sind, sofern ein <i>Arzt</i> die <i>Behandlung</i> empfiehlt und eine Überweisung ausstellt. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die <i>Behandlung</i> stattfindet, zur Erbringung der <i>Behandlung</i> zugelassen ist. Wir verlangen vor der Genehmigung einen ärztlichen Bericht und einen <i>Behandlungsplan</i>. Ausgeschlossen sind sportmedizinische <i>Behandlungen</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Akupunktur, Homöopathie und chinesische Medizin Bis zu einem Maximum von insgesamt 15 Besuchen pro <i>Versicherungsdauer</i> .	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen pro <i>Versicherungsdauer</i> und pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> für eine kombinierte maximale Anzahl von 15 Konsultationen mit Akupunkteuren, Homöopathen und Praktizierenden der chinesischen Medizin pro <i>Versicherungsdauer</i>, wenn diese <i>Behandlungen</i> von einem <i>Arzt</i> empfohlen werden. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die <i>Behandlung</i> stattfindet, zur Erbringung der <i>Behandlung</i> zugelassen ist.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Restaurative Logopädie Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für restaurative Logopädie, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sie unmittelbar nach einer <i>Behandlung</i> erforderlich, die von diesem <i>Vertrag</i> abgedeckt ist (zum Beispiel als Bestandteil der Nachsorge eines <i>Anspruchsberechtigten</i>, nachdem er einen Schlaganfall erlitten hat) und • ein <i>Facharzt</i> bestätigt hat, dass sie <i>kurzfristig medizinisch notwendig</i> ist. <p>Wichtige Hinweise</p> <p>› Wir zahlen nur dann für Sprachtherapie, wenn das Ziel dieser Therapie darin besteht, ein beeinträchtigtes Sprachvermögen wiederherzustellen.</p> <p>› Wir zahlen nicht für Sprachtherapie, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Verbesserung von Sprachfertigkeiten, die nicht vollständig entwickelt sind, zum Ziel hat, • erzieherischer Natur ist, • dem Erhalt der Sprachkommunikation dient, • die Verbesserung von Sprech- oder Sprachstörungen (wie Stottern) zum Ziel hat oder • eine Folge von Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen (wie Legasthenie), eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder Autismus ist. 			

	Silver	Gold	Platinum
Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	500 \$ 370 € 330 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für Medikamente und Verbandsmaterialien, wenn diese von einem <i>Arzt</i> auf <i>ambulanter</i> Basis verordnet werden.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Anmietung von langlebiger Ausrüstung Bis zu maximal 45 Tage in der <i>Versicherungsdauer</i> .	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für die Miete von langlebiger medizinischer Ausrüstung bis zu 45 Tage <i>pro Versicherungsdauer</i>, wenn die Verwendung dieser Ausrüstung von einem <i>Facharzt</i> zur Unterstützung der <i>Behandlung</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> empfohlen wird.</p> <p>› Wir zahlen nur für die Miete langlebiger medizinischer Ausrüstung, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Einwegmaterial darstellt und mehr als einmal benutzt werden kann, • einem medizinischen Zweck dient, • zur Anwendung zu Hause geeignet ist und • dem Typ entspricht, der normalerweise von einer Person, die an den Auswirkungen einer Erkrankung, Krankheit oder <i>Verletzung</i> leidet, benutzt wird. 			

	Silver	Gold	Platinum
Impfung Erwachsener Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	250 \$ 185 € 165 £	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für folgende klinisch angemessenen Impfungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influenza (Grippe) • Tetanus (alle zehn Jahre) • Hepatitis A • Hepatitis B • Hirnhautentzündung • Tollwut • Cholera • Gelbfieber • Japanische Enzephalitis • Polio-Schutzimpfung • Typhus • Malaria (in Tablettenform, täglich oder wöchentlich) 			

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

	Silver	Gold	Platinum
Tests für ein gesundes Kind	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Erstattungsfähig für Kinder <i>in angemessenen Intervallen</i> bis zum Alter von sechs Jahren.</p> <p>› Wir zahlen für routinemäßige Untersuchungen von Kindern <i>in angemessenen Intervallen</i> (Geburt, zwei Monate, vier Monate, sechs Monate, neun Monate, zwölf Monate, 15 Monate, 18 Monate, zwei Jahre, drei Jahre, vier Jahre, fünf Jahre und sechs Jahre) und für durch einen <i>Arzt</i> erbrachte Vorsorgeuntersuchungen, namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • körperliche Untersuchungen • Untersuchung des Entwicklungsstandes • vorausschauende Begleitung und • geeignete Immunisierungen und Labortests für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren. <p>Wir übernehmen die Kosten für einen Besuch bei einem <i>Arzt</i> <i>pro angemessenem Intervall</i> (bis zu insgesamt 13 Besuchen pro Kind) zum Zweck des Erhalts von Vorsorgedienstleistungen.</p> <p>› Außerdem übernehmen wir die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Gesundheitskontrolle zur Einschulung, zur Beurteilung von Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind im Alter von sechs Jahren oder jünger • eine Voruntersuchung auf diabetische Retinopathie für Kinder über zwölf Jahren, die an Diabetes leiden 			

	Silver	Gold	Platinum
Immunisierung von Kindern	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Impfungen für Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPT (Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus) • MMR (Masern, Mumps und Röteln) • Hib (Haemophilus influenza Typ b) • Kinderlähmung • Grippe • Hepatitis B • Meningitis • Humaner Papillomavirus (HPV) 			

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Routinetests	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

▶ Wir übernehmen die Kosten für die folgenden routinemäßigen Tests für Kinder im Alter von bis zu 15 Jahren:

- einen Sehtest und
- einen Hörtest.

	Silver	Gold	Platinum
60+ Betreuung (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen) Bis zum angezeigten Höchstbetrag pro Laufzeit.	Nicht abgedeckt	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £

▶ Ist ein *Begünstigter* 60 Jahre alt und darüber oder erreicht er/sie innerhalb der *Laufzeit* das 60. Lebensjahr und leidet er/sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankungen, wie auf dem medizinischen Fragebogen angegeben, übernehmen wir die für die im Zusammenhang mit dieser Erkrankung *medizinisch erforderlichen ambulanten Behandlungskosten*:

- Arthritis, Gelenk- oder Rückenschmerzen
- Bluthochdruck
- Glaukom
- Osteoporose / Osteopenie
- Typ-2-Diabetes

Wichtige Hinweise

▶ Wenn Sie während der Anmeldephase die Option gewählt haben, dass eine der vorstehend aufgeführten Erkrankungen durch eine Zusatzprämie abgedeckt wird, womit die Erkrankung auf einer *stationären* und *ambulanten* Basis (sofern die Internationale Ambulanzoption gewählt wurde) voll abgedeckt ist, dann entfällt diese *Leistung*.

▶ Beispiele einer *medizinisch erforderlichen Behandlung* umfassen, sind aber nicht begrenzt auf: Konsultationen mit dem praktischen Arzt oder Facharzt; Pathologie und Radiologie; Physiotherapie; verschriebene Arzneien und Verbände; Osteopathie und chiropraktische Behandlung sowie Akupunktur; Homöopathie und chinesische Medizin. Bitte beachten Sie, dass diese *Leistung* nicht die moderne medizinische Bildgebung einschließt.

▶ Sie haben ein Anrecht auf die Abdeckung der Erkrankung(en) (jedoch nicht der infolge dieser Erkrankungen auftretenden Erkrankungen, Symptome oder Komplikationen) auf *ambulanter* Basis bis zu den angezeigten Höchstbeträgen pro *Laufzeit*.

▶ Die *Leistung* unterliegt allen auf Ihrer *Police* ausgewählten *Kostenbeteiligungen* oder *Selbstbehalten*.

IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND EIGENANTEILS-OPTIONEN

Selbstbeteiligung (verschiedene Summen) Eine <i>Selbstbeteiligung</i> ist der Betrag, den Sie selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von Ihrer Versicherung vorgenommen werden.	0 \$/150 \$/500 \$/1.000 \$/1.500 \$ 0 €/110 €/370 €/700 €/1.100 € 0 £/100 £/335 £/600 £/1.000 £
Eigenanteil nach Abzug der Selbstbeteiligung und der maximalen Zuzahlung Der <i>Eigenanteil</i> ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist. Die <i>maximale Zuzahlung</i> ist der maximale Betrag, den Sie als <i>Eigenanteil</i> pro <i>Versicherungsdauer</i> entrichten müssten. Der Betrag des <i>Eigenanteils</i> wird nach Berücksichtigung der <i>Selbstbeteiligung</i> ermittelt. Nur Beträge, die Sie als <i>Eigenanteil</i> entrichten, werden als Beitrag zur <i>maximalen Zuzahlung</i> gewertet.	Wählen Sie zunächst den Anteil Ihres <i>Eigenanteils</i> : 0 % / 10 % / 20 % / 30 % Ihre <i>maximale Zuzahlung</i> beträgt: 3.000 \$ 2.200 € 2.000 £

INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR DIE EVAKUIERUNG

Unser internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung deckt angemessene Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab, wenn in einem Notfall die erforderliche *Behandlung* vor Ort nicht erhältlich ist. Diese Versicherungsoption deckt ebenso die Kosten einer Rückführung ab und ermöglicht so dem *Anspruchsberechtigten*, in sein *gewöhnliches Aufenthaltsland* oder das *Land seiner Staatsangehörigkeit* zurückzukehren, um dort in gewohnter Umgebung behandelt zu werden. Er umfasst außerdem 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.

GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Medizinische Evakuierung	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> › Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum, wenn die vom <i>Anspruchsberechtigten</i> benötigte <i>Behandlung</i> vor Ort nicht erhältlich ist. › Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> eine <i>Notfallbehandlung</i> benötigt, zahlen <i>wir</i> für die medizinische Evakuierung: <ul style="list-style-type: none"> • um ihn zum nächstgelegenen <i>Krankenhaus</i> zu bringen, in dem die notwendige <i>Behandlung</i> 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 <i>Behandlung</i> statt. › Bezüglich der Rückreise zahlen <i>wir</i>: <ul style="list-style-type: none"> • den Preis eines Flugtickets der Economy Class oder • angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind. › <i>Wir</i> kommen für Taxifahrten nur auf, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • es aus medizinischer Sicht für den <i>Anspruchsberechtigten</i> vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und • die Genehmigung im Voraus vom <i>medizinischen Assistenzdienst</i> erlangt wird. › <i>Wir</i> zahlen für die Evakuierung (jedoch nicht für die Rückführung), wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> <i>diagnostische Tests</i> oder <i>Krebsbehandlung</i> (wie Chemotherapie) benötigt, sofern die Evakuierung nach Ansicht unseres <i>medizinischen Assistenzdienstes</i> unter den Umständen angemessen und <i>medizinisch notwendig</i> ist. › <i>Wir</i> übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer <i>Wir</i> Evakuierung (zum Beispiel Unterbringungskosten). <p>Wichtiger Hinweis</p> <ul style="list-style-type: none"> › Wenn <i>Sie</i> für eine <i>Nachbehandlung</i> in das <i>Krankenhaus</i> zurückkehren müssen, in das <i>Sie</i> evakuiert wurden, kommen <i>wir</i> nicht für Reise oder Verpflegung auf. 			

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

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

	Silver	Gold	Platinum
Reisekosten für eine Begleitperson	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> ein Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester, ein Kind, einen <i>Ehegatten</i> oder Partner als Begleitperson auf seiner Reise im Zusammenhang mit einer medizinischen Evakuierung oder Rückführung benötigt, weil er</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilfe beim Einsteigen in ein oder Aussteigen aus einem Flugzeug oder einem anderen Fahrzeug benötigt, • 1600 km oder weiter reist, • 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, <p>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 <i>medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der <i>Behandlung</i> stattfinden.</p> <p>› Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Preis eines Flugtickets der Economy Class oder • angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind. <p>Falls dies angesichts der medizinischen Bedürfnisse des <i>Anspruchsberechtigten</i> angemessen ist, reist das Familienmitglied oder der Partner, der den Anspruchsberechtigten begleitet, möglicherweise in einer anderen Klasse.</p> <p>Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> <i>medizinisch notwendig</i> ist und er von seinem <i>Lebenspartner</i> 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.</p> <p>Wichtige Hinweise</p> <p>› Wir zahlen nicht für die Begleitung eines <i>Anspruchsberechtigten</i> durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung in der <i>ambulanten Behandlung</i> des <i>Anspruchsberechtigten</i> bestand.</p> <p>› Wir übernehmen keine anderen Reisekosten für Dritte wie Unterbringung oder Transport vor Ort.</p>			

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

	Silver	Gold	Platinum
Krankenbesuch – Reisekosten Bis zu maximal fünf Besuche pro Versicherungsdauer. Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Krankenbesuche – Lebenshaltungskosten Bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro Tag für jeden Besuch bei maximal zehn Tagen pro Besuch. Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p>› Wir zahlen für jeden <i>Anspruchsberechtigten</i> bis zu fünf Krankenbesuche pro Versicherungsdauer. Krankenbesuche müssen im Voraus von unserem <i>medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden.</p> <p>› Wir zahlen für einen Elternteil, einen <i>Lebenspartner</i>, einen Partner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Kosten einer Hin- und Rückreise in der Economy Class, um einen <i>Anspruchsberechtigten</i> nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> sich in einem anderen Land befindet und voraussichtlich fünf oder mehr Tage im Krankenhaus bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare Krankheit mit <i>kurzfristigem</i> tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde.</p> <p>› 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 <i>Aufenthaltslandes</i> aufhält, bis zu den in der <i>Liste der Leistungen</i> aufgeführten Grenzen (vorbehaltlich der Vorlage von Quittungen für die entstandenen Kosten).</p> <p>Wichtiger Hinweis</p> <p>› Wir zahlen nicht für einen Krankenbesuch nach einer Evakuierung oder Rückführung des <i>Anspruchsberechtigten</i>. Findet während eines Krankenbesuchs eine Evakuierung oder Rückführung statt, zahlen wir keine weiteren Transportkosten für Dritte.</p>			

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 medizinische Notfall-evakuierungen, als auch für Rückführungen:

- Alle Evakuierungen und Rückführungen müssen im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* genehmigt werden, den Sie über den Kundendienst erreichen können;
- Die *Behandlung*, für die oder in Folge derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss von einer *qualifizierten Pflegekraft* oder einem *Arzt* empfohlen sein;
- Evakuierungs- und Rückführungsdienste sind im Rahmen dieses *Vertrags* nur erhältlich, wenn der *Anspruchsberechtigte stationär* oder *teilstationär* behandelt wird (oder behandelt werden muss);
- Die *Behandlung*, aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss folgende Voraussetzungen erfüllen:
 - Es handelt sich um eine *Behandlung*, die für den *Anspruchsberechtigten* im Rahmen dieses *Vertrags* abgedeckt ist; und
 - sie 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 Evakuierungs- oder Rückführungsdienst 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 bedingt durch eine instabile politische Lage oder Krieg, sind wir möglicherweise nicht in der Lage, Evakuierungen oder Rückführungen zu arrangieren. Dieser *Vertrag* garantiert nicht, dass Evakuierungs- oder Rückführungsdienstleistungen auf Anfrage immer verfügbar sein werden, auch wenn sie medizinisch angemessen wären.
- *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, bedingt durch widrige Wetterverhältnisse, technische oder mechanische Probleme, behördliche Bestimmungen oder Einschränkungen oder andere Faktoren, die sich außerhalb *unserer* angemessenen Kontrolle befinden, Evakuierungen oder Rückführungen verspätet oder gar nicht stattfinden.
- *Wir* zahlen nur für Evakuierung, Rückführung und den Transport Dritter, wenn die *Behandlung*, für die oder aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung notwendig ist, von diesem *Vertrag* abgedeckt wird.
- Alle Entscheidungen über:
 - die *medizinische Notwendigkeit* der Evakuierung oder Rückführung;
 - die Mittel und den zeitlichen Rahmen der Evakuierung oder 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, unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen getroffen.

INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

Unser internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden deckt den *Anspruchsberechtigten* ab für Voruntersuchungen, Tests, Untersuchungen, Beratung bezüglich einer Reihe von Lebenskrisen und maßgeschneidertem Rat und Support, und zwar durch *unsere* Online-Gesundheitsratgeber und Gesundheitsrisikobewertungen, was dem *Anspruchsberechtigten* ermöglicht, seine Gesundheit in Eigeninitiative und auf die von ihm gewünschte Weise zu fördern.

Pro *Versicherungsdauer* zahlen *wir* für die folgenden von einem *Arzt* durchgeführten Tests.

	Silver	Gold	Platinum
Routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
> <i>Wir</i> zahlen für routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren (unter anderem: Größe, Gewicht, Blutwerte, Urin-Analyse, Blutdruck, Lungenfunktion).			

	Silver	Gold	Platinum
PAP-Abstrich Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> <i>Wir</i> übernehmen bei weiblichen <i>Anspruchsberechtigten</i> die Kosten für einen Papanicolaou-Test (PAP-Abstrich) pro Jahr.			

	Silver	Gold	Platinum
Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> <i>Wir</i> übernehmen bei männlichen <i>Anspruchsberechtigten</i> ab 50 Jahren die Kosten für eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (PSA-Test) pro Jahr.			

	Silver	Gold	Platinum
Mammografien für Brustkrebsvorsorgeuntersuchung Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • 35-39 Jahre: eine Basismammographie für symptomlose Frauen • 40-49 Jahre: eine Mammographie für symptomlose Frauen alle zwei Jahre • Ab 50 Jahre: eine Mammographie pro Jahr 			

	Silver	Gold	Platinum
Darmkrebsvorsorgeuntersuchung Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für eine Darmkrebsvorsorgeuntersuchung für <i>Anspruchsberechtigte</i> ab 55 Jahren.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Knochendichtemessung Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für eine Untersuchung zur Ermittlung der Knochendichte des <i>Anspruchsberechtigten</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Ernährungsberatung	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für bis zu vier Konsultationen bei einem Ernährungsberater pro <i>Versicherungsdauer</i>, wenn der <i>Anspruchsberechtigte</i> in Zusammenhang mit einer diagnostizierten Krankheit wie Diabetes eine Ernährungsberatung benötigt (<i>nur Platinum-Versicherung</i>).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Lebensberatungsprogramm	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Unser Lebensberatungsprogramm ist rund um die Uhr verfügbar. Es stehen Experten bereit, um <i>Ihnen</i> bei allen Angelegenheiten, die <i>Ihnen</i> wichtig sind, zu helfen.</p> <p>› Wir übernehmen die Kosten für bis zu fünf persönliche Beratungen pro Problem und <i>Versicherungsdauer</i>. Dabei kann es sich um telefonische oder persönliche Beratungen handeln.</p> <p>› Unbegrenzte telefonische Unterstützung im Bedarfsfall.</p> <p>› Bietet Informationen, Ressourcen und Beratung in Verbindung mit beruflichen, alltäglichen, persönlichen oder familiären Angelegenheiten, die <i>Sie</i> beschäftigen.</p> <p>› Informationsdienstleistungen zur Unterstützung bei Alltagsangelegenheiten oder der Umzugslogistik. Diese <i>Informationsspezialisten</i> können telefonische Hilfestellung bieten und für <i>Sie</i> recherchieren, sowie vorab geprüfte Empfehlungen für Ressourcen vor Ort aussprechen.</p> <p>Bitte wenden Sie sich an uns, um eine Genehmigung dafür zu erhalten. Dieser Service wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister bereitgestellt.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Online-Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbewertung und webbasierte Coaching-Programme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Der Zugriff auf <i>unseren</i> Bereich Gesundheit und Wohlbefinden ist in <i>Ihrem</i> sicheren Kundenbereich verfügbar.</p>			

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
Augenuntersuchung Maximaler Betrag pro <i>Anspruchsberechtigtem</i> und <i>Versicherungsdauer</i> .	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen für eine routinemäßige Augenuntersuchung pro <i>Versicherungsdauer</i> durch einen Augenarzt oder Augenoptiker. Wir zahlen nicht für mehr als eine Augenuntersuchung pro <i>Versicherungsdauer</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> Brillengläser, Kontaktlinsen, Brillenfassungen, verschriebene Sonnenbrillen, jeweils vorausgesetzt, dass sie von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben werden.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro <i>Versicherungsdauer</i> .			
<ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen nicht für: <ul style="list-style-type: none"> Sonnenbrillen, die nicht von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben wurden, Brillengläser oder Kontaktlinsen, die nicht <i>medizinisch notwendig</i> sind oder nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden, oder <i>Behandlungen</i> oder <i>Operationen</i>, einschließlich <i>Behandlungen</i> oder <i>Operationen</i>, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel <i>Laseraugenoperationen</i>, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK). Für alle Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss als Beleg ein Rezept oder eine Rechnung für Korrekturlinsen bei <i>uns</i> eingereicht werden. 			

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

Präventive zahnärztliche Behandlung

Verfügbar, sobald der *Anspruchsberechtigte* mindestens drei Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

Silver

Vollständige
Kostenübernahme

Gold

Vollständige
Kostenübernahme

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- 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 Aufbissschiene pro *Versicherungsdauer* und
 - Fissurenversiegeler.

Rutinemäßige zahnärztliche Behandlung

Verfügbar, sobald der *Anspruchsberechtigte* mindestens drei Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

Silver

80 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Gold

90 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- Wir zahlen die Kosten für die folgenden *rutinemäßigen 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 *Mundgesundheit* notwendig und von einem *Zahnarzt* empfohlen wird):
 - Wurzelkanalbehandlungen
 - Zahnextraktionen
 - chirurgische Verfahren
 - Behandlungen* aus gegebenem Anlass
 - Betäubungsmittel
 - Paradontalbehandlungen

Umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung

Verfügbar, sobald der *Anspruchsberechtigte* mindestens zwölf Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

Silver

70 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Gold

80 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Platinum

Vollständige
Kostenübernahme

- 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.

Kieferorthopädische Behandlung

Verfügbar, sobald der *Anspruchsberechtigte* mindestens achtzehn Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

Silver

40 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Gold

50 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

Platinum

50 % Rückerstat-
tung pro *Versicher-
ungsdauer*

- Wir zahlen kieferorthopädische *Behandlungen* für *Anspruchsberechtigte* bis zu 18 Jahren, wenn sie mindestens seit 18 Monaten unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert sind.
- Wir zahlen nur für kieferorthopädische *Behandlungen*, wenn:
 - 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
 - wir* die *Behandlung* vorab genehmigt haben.

Sonstige zahnärztliche Behandlung

Benötigt ein *Anspruchsberechtigter* eine *zahnärztliche Behandlung*, die in diesem *Kundenleitfaden* nicht vorgesehen ist, kann er sich an *uns* wenden (bevor die *Behandlung* stattfindet), um zu erfragen, ob *wir* die Kosten für diese *Behandlung* übernehmen. *Wir* werden den Antrag prüfen und nach unserem Ermessen entscheiden:

- ob *wir* für die *Behandlung* zahlen;
- und wenn ja, ob *wir* die Kosten vollständig oder teilweise übernehmen; und
- zu welchem Bereich der Versicherung die Behandlung gehört (um zu berechnen, wann die Höchstgrenzen des Versicherungsschutzes erreicht sind).
- vor der Durchführung von *Behandlungen* muss eine vorherige Genehmigung eingeholt werden.

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* zahlen nicht 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 allgemeingültigen zahnärztlichen Standards entsprechen.
 - *Behandlungen* von Zahnimplantaten, im direkten oder indirekten 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.
 - Orthodontische *Behandlungen* für jede Person nach deren 19. Geburtstag.
 - 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 von Parodontose betroffenen Zähnen; oder
 - Wiederherstellung der Okklusion.

Einzelheiten über das Unternehmen *Cigna*, das den Versicherungsschutz im Rahmen *Ihres Vertrags* zur Verfügung stellt, befinden sich in *Ihren Vertragsbedingungen* und in Ihrer *Versicherungsbescheinigung*.

Together, all the way.SM



Für Versicherungen, die von Cigna Global Insurance Company Limited zur Verfügung gestellt werden, ist der Versicherungsagent die Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, die von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird.

„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 gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited.
© 2019 Cigna