



Kundenleitfaden

Cigna Close CareSM Krankenversicherung

Alles, was Sie über Ihre Versicherung wissen müssen





**Stärkung von Gesundheit
und Vitalität unserer Kunden**



Inhalt

- 04** Willkommen
- 05** Ihre Cigna Close CareSM-Versicherung

Leistungsübersicht

- 06** Unser Kundendienst
- 07** Unsere Whole Health-Leistungen
- 08** Klinisches Fallmanagement
- 10** Cigna Wellbeing[®] App

Praktische Informationen

- 11** Ihr Leitfaden für eine Behandlung
- 13** Einreichen von Erstattungsanträgen
- 14** Ihr Online-Kundenbereich
- 15** Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Leistungen im Überblick

- 17** Stationäre und teilstationäre Leistungen
- 27** Ambulante und Wellness-Behandlungen
- 34** Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

Kontaktaufnahme

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



NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live-Chat mit uns
Nachricht an uns
Rückruf vereinbaren



RUFEN SIE UNS AN

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



Alternativ können Sie uns eine E-Mail schicken an:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

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

Willkommen

Herzlich willkommen zu *Ihrer Cigna Close CareSM*-Versicherung und vielen Dank, dass Sie sich für *Cigna* als *Ihren* Gesundheitspartner entschieden haben. *Unsere* Aufgabe ist es, die Gesundheit und Vitalität unserer Kunden zu verbessern.



Globales Netzwerk aus über 2,2 Millionen Partnern - schneller und einfacher Zugang zur Gesundheitsversorgung in Ihrem Geltungsbereich.



Zu *Ihrem* Vorteil bieten *wir* in den meisten Fällen eine direkte Abrechnung an, wenn Sie sich bei einem Anbieter *behandeln* lassen, der zu unserem Netzwerk gehört.



Zugriff auf Tools wie *unser* klinisches Fallmanagement, die Cigna Wellbeing[®] App und *Ihr* Online-Kundenbereich.



Wir stellen Sie und *Ihre* Familie in den Mittelpunkt *unseres* Handelns. Sie können sich rund um die Uhr an *unseren* erfahrenen Kundendienst wenden.

1 Lesen Sie alle Vertragsunterlagen.

Die folgenden Dokumente sind Teil des Versicherungsvertrags zwischen *Ihnen* und uns für diesen Versicherungszeitraum. Die *kursiv* gedruckten Begriffe haben die im Abschnitt „Definitionen“ der Versicherungsbedingungen angegebene Bedeutung.

- Kundenleitfaden**
- Versicherungsbedingungen**
- Versicherungsbescheinigung**

Diese Dokumente finden Sie in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich ([siehe Seite 14](#)).

2 Entdecken Sie den vollen Umfang unseres Versicherungsschutzes.

Überprüfen Sie *Ihre* *Versicherungsbescheinigung*, um sich genau zu vergewissern, welche optionalen Leistungen Sie zu Ihren Basisleistungen *hinzugefügt* haben.

3 Laden Sie sich unsere Cigna Wellbeing[®] App herunter.

Sie können die App kostenlos über Google Play oder den Apple Store herunterladen:

Schritt 1: Suchen Sie in Ihrem App Store nach „Cigna Wellbeing“ und laden Sie die App herunter.

Schritt 2: Wählen Sie „Global Individual Plan“ aus dem Dropdown-Menü.

Schritt 3: Loggen Sie sich mit *Ihren* Anmeldedaten für den Kundenbereich ein.

[Auf Seite 10](#) erfahren Sie mehr über die Funktionen der Cigna Wellbeing[®] App.

Ihre Cigna Close CareSM-Versicherung



Geltungsbereich

- Die Cigna Close CareSM-Versicherung deckt Sie in dem Land *Ihres* gewöhnlichen Wohnsitzes und in dem Land *Ihrer* Staatsangehörigkeit ab. Das bedeutet, dass Sie nur dort für den Versicherungsschutz zahlen, wo Sie ihn am meisten benötigen, nämlich in dem Land, in dem Sie leben werden, und wenn Sie für vorübergehende Besuche nach Hause zurückkehren.
- Diese vorübergehenden Besuche dürfen 180 Tage pro *Versicherungszeitraum* nicht überschreiten, und das Land *Ihrer* Staatsangehörigkeit muss im *Geltungsbereich* liegen.
- Der *Geltungsbereich* USA ist nur zulässig, wenn eine der folgenden Optionen zutrifft:
 - Der Versicherungsschutz für die USA ist eingeschlossen, wenn das Land des gewöhnlichen Wohnsitzes die USA sind.
 - *US-Staatsangehörige* können sich für den Abschluss einer *USA-Deckung* entscheiden. Wenn sich der Versicherungsnehmer nicht für den Abschluss einer *USA-Deckung* entscheidet, haben die *Begünstigten* keinen Versicherungsschutz bei Heimatbesuchen.

Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs

- Wenn Sie sich an einem Ort außerhalb *Ihres Geltungsbereichs* aufhalten, bietet *Ihr* Versicherungstarif auch eine medizinische Notfallversorgung.
- Die *Begünstigten* sind bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb *Ihres Geltungsbereichs* für eine *stationäre* oder *teilstationäre Notfallbehandlung* sowie für eine *ambulante Behandlung* (wenn Sie die Option „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ im Rahmen *Ihres Vertrags* abgeschlossen haben) versichert.
- Der Versicherungsschutz ist auf einen Zeitraum von maximal einundzwanzig (21) Tagen pro Reise und auf maximal fünfundvierzig (45) Tage pro *Versicherungszeitraum* für alle Reisen zusammen begrenzt. Bitte lesen Sie die vollständigen Bedingungen für diese Leistung in Abschnitt 8.3 *Ihrer Versicherungsbedingungen*.



Ihr Versicherungsschutz

- Ihre Basisleistungen bieten *Ihnen* umfassenden Versicherungsschutz für *stationäre* und *teilstationäre* Behandlungen.
- Bei der Erstellung *Ihres* maßgeschneiderten Cigna Close CareSM-Versicherungstarifs haben Sie möglicherweise die folgenden optionalen Leistungen gewählt, um *Ihre* Basisleistungen zu ergänzen: das Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ und das Modul „Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung“.
- Um sich daran zu erinnern, welche Leistungen Sie gewählt haben, werfen Sie einen Blick auf *Ihre Versicherungsbescheinigung*, die in *Ihrem* Online-Kundenbereich verfügbar ist.

Leistungsgrenze bei Erkrankung

- *Ihr* Cigna Close CareSM Versicherungstarif hat eine *Leistungsgrenze* bei Erkrankung von 250.000\$/200.000€/165.000€ pro *Begünstigtem* und *Versicherungszeitraum*.
- Dies umfasst alle Erstattungsanträge, die in allen Bereichen der *stationären, teilstationären* und *ambulanten Behandlung* Zusammenhang mit der Grunderkrankung gezahlt werden.
- Zur Klarstellung: Dies gilt nicht für *Vorerkrankungen*. Ausführliche Informationen finden Sie in der Leistungsübersicht auf [Seite 17](#).

Unser Kundendienst

Der Mensch steht für uns an erster Stelle, und unsere Teams bieten Ihnen ein Höchstmaß an Service und Betreuung.



Wir stellen SIE in den Mittelpunkt unseres Handelns.

- Sie können sich rund um die Uhr an *unsere* erfahrenen Kundendienst wenden.
- *Unsere* mehrsprachigen Servicezentren beantworten *Ihren* Anruf oft schon innerhalb von 20 Sekunden.
- *Unser* Ziel ist es, *Ihre* Kostenübernahmeerklärung innerhalb einer Stunde nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten, um Verzögerungen bei *Ihrer* Behandlung zu vermeiden.
- Die von *Ihnen* eingereichten Erstattungsanträge bearbeiten wir in der Regel innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen.



Wir geben Ihnen die Kontrolle.

Sie haben Zugang zu einfachen Online-Tools, um *Ihren* Vertrag zu verwalten und *Ihre* Erstattungsanträge einzureichen.

- Weitere Einzelheiten zu *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich finden Sie im Kundenleitfaden auf [Seite 14](#).
- Sie haben mehrere Möglichkeiten, mit *uns* in Kontakt zu treten, um die Hilfe zu erhalten, die Sie benötigen - so, wie es für Sie am angenehmsten ist.



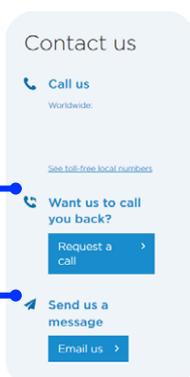
Live-Chat



Rufen Sie uns an oder vereinbaren Sie einen Rückruf



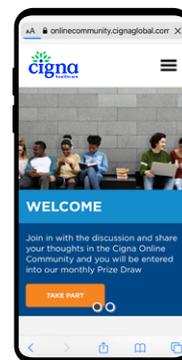
Senden Sie uns eine E-Mail



Wir möchten unseren Service für Sie immer weiter verbessern.

Unsere Krankenversicherungstarife und Dienstleistungen werden *mithilfe* Ihres Feedbacks kontinuierlich verbessert.

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



Weitere Informationen darüber, wie Sie *uns* kontaktieren können, finden Sie auf [Seite 3](#) dieses Kundenleitfadens.

Unsere Whole Health-Leistungen

Als Ihr **WHOLE HEALTH-PARTNER** möchten wir Sie auf Ihrer **Gesundheitsreise** unterstützen.



Unser klinisches Fallmanagement kann über unseren Kundendienst in Anspruch genommen werden.

Zugang zu unserem klinischen Team

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

Das klinische Fallmanagement kann Sie wie folgt unterstützen:

- Koordinierung *Ihrer* Gesundheitsversorgung und *Ihres* *Behandlungsplans*;
- Zugang zu weltweiten medizinischen Experten für Beratung und Unterstützung;
- Ggf. Bereitstellung einer medizinischen Zweitmeinung oder eines ärztlichen Befunds.

Weitere Einzelheiten zu *unserem* klinischen Fallmanagement finden Sie auf [Seite 8](#) dieses Kundenleitfadens.

Zugang zu unserer Cigna Wellbeing® App

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

Unsere interaktive App ermöglicht Ihnen:

- **Auf globale Telemedizin zugreifen:** Video- und Telefonsprechstunden mit *Ärzten* und *Fachärzten*;
- **Eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge:** Gesundheitsrisikolanalyse und Management chronischer Erkrankungen;
- **Änderung von Verhaltensweisen:** Kontrollieren Sie Ihre biometrischen Daten und nutzen Sie unsere Online-Coaching-Programme und unsere Gesundheitsbibliothek.

Weitere Einzelheiten zur *Wellbeing*® App finden Sie auf [Seite 10](#) dieses Kundenleitfadens.

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

Werden Sie noch heute aktiv:

- Suchen Sie in Ihrem App Store nach „Cigna Wellbeing“
- Laden Sie die App herunter.
- Wählen Sie „Global Individual Plan (Versicherungsnehmer)“.
- Loggen Sie sich mit *Ihren* Anmeldedaten für den Kundenbereich ein.

Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements

Wird nur im Rahmen des optionalen Moduls „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ angeboten.

Dieser Service bietet vertrauliche Unterstützung bei allen beruflichen, privaten oder familiären Problemen, die für *Sie* wichtig sind, durch Beratung, telefonische Unterstützung und Online-Programme.

Verfügbar, wenn Sie das optionale Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ gewählt haben. Wenn Sie diese Leistung in Anspruch nehmen möchten, lesen Sie bitte auf [Seite 31](#), welche Optionen verfügbar sind.

Sie haben Zugang zu:

- Telefonische, persönliche oder Videoberatung;
- Achtsamkeits-Coaching-Sitzungen;
- Ein Online-Programm für kognitive Verhaltenstherapie;

Karriereunterstützung mit Life-Coaching-Sitzungen und Unterstützung für Personalmanager;

- Informationen zu Experten vor Ort und Empfehlungen.

Weitere Einzelheiten finden Sie auf [Seite 31](#) dieses Kundenleitfadens.

Klinisches Fallmanagement

Wir möchten Ihnen und Ihrer Familie mit unserem klinischen Fachwissen helfen, ein glücklicheres und gesünderes Leben zu führen. Mit diesem Programm erhalten alle *Begünstigten* Zugang zu klinischen Dienstleistungen, indem sie sich an unseren Kundendienst wenden.



Zugang zur Gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

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

- Sie können eine Diagnose für nicht dringende Gesundheitsprobleme erhalten;
- Er kann Ihnen helfen, sich auf eine bevorstehende Sprechstunde oder einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten;
- Sie können ein Medikament oder einen *Behandlungsplan* und mögliche Nebenwirkungen besprechen.



Fühlen Sie sich auf Ihrem medizinischen Weg unterstützt

Unser **Fallmanagement** weist Ihnen einen Fallmanager zu, wenn bei Ihnen eine komplexe Erkrankung diagnostiziert wird, die besondere Unterstützung erfordert. Er ist Ihr zentraler Ansprechpartner und bietet Ihnen Unterstützung bei der Koordinierung Ihrer Gesundheitsversorgung und Ihres Behandlungsplans.

- Sie erhalten von dem Ihnen zugewiesenen Fallmanager persönliche Beratung und Unterstützung.
- Wir erstellen maßgeschneiderte *Behandlungspläne*, die Ihren individuellen Bedürfnissen am besten entsprechen.
- Unser Ziel ist es, die Zahl unnötiger oder zusätzlicher *Krankenhauseinweisungen* zu verringern.

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

- Ein Fallmanager wird regelmäßige Gespräche führen, um Ihre Erkrankung und Ihren Behandlungsplan zu überwachen und zu bewerten.
- Der Ihnen zugewiesene Fallmanager wird gemeinsam mit Ihnen spezifische und erreichbare Ziele festlegen, um Sie im Umgang mit und bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung zu unterstützen.



Beruhigung dank ärztlicher Zweitmeinung

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

Dieser Service wird von unserem unabhängigen Partner angeboten, der mit weltweiten medizinischen Experten zusammenarbeitet, um Ratschläge und Empfehlungen zu einzelnen Fällen und *Behandlungsplänen* zu geben.

- Unser Partner kontaktiert Sie innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt Ihrer Krankengeschichte.
- Der medizinische Bericht enthält die Meinung des medizinischen Experten zu Ihrer Diagnose und Ihrem *Behandlungsplan*.

Sie können auch Ihre eigenen Fragen zu Ihrer Diagnose und Ihrem *Behandlungsplan* einreichen, die im Bericht beantwortet werden sollen.



Cigna Wellbeing® App

Unsere Cigna Wellbeing® App bietet Ihnen eine Vielzahl von Tools und Funktionen, die Ihnen helfen, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu fördern. Diese App steht allen Cigna Healthcare-Mitgliedern unabhängig von ihrem gewählten Tarif zur Verfügung.



Zugang zur Gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

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



TERMIN VEREINBAREN

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



MIT EINEM ARZT SPRECHEN

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



SICH BESSER FÜHLEN

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



Warum Globale Telemedizin nutzen?

Es ist bequem.

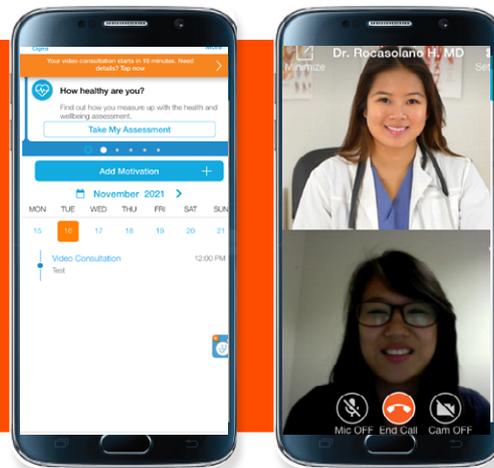
Sie müssen weder Ihr Haus noch Ihren Arbeitsplatz verlassen.

Sie ist 24/7 verfügbar.

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

Sie ist erschwinglich.

Sie bietet eine Alternative zu einem Besuch in der Arztpraxis oder einer Klinik – ohne Selbst- oder Kostenbeteiligungszahlungen und ohne Begrenzung der Anzahl der vereinbarten Konsultationen.



Verwalten Sie Ihre Gesundheit

Gesundheitsanalysen

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

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

Management chronischer Erkrankungen

Dieses Programm, das von unseren äußerst erfahrenen Pflegekräften geleitet wird, hilft Ihnen, Ihre chronischen Krankheiten in den Griff zu bekommen, insbesondere:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Herzprobleme

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



Verhaltensweisen ändern

Biometrische Daten verfolgen

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

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

Gesundheitsinhalte & Coaching-Programme

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

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

Ihr Leitfaden für eine Behandlung

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

Vor der Behandlung

Setzen Sie sich vor der *Behandlung* mit unserem Kundendienst in Verbindung. Sie können *uns* rund um die Uhr über den Live-Chat in *Ihrem* gesicherten Online-Kundenbereich, per Telefon oder E-Mail erreichen (Einzelheiten siehe [Seite 3](#)).

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

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

Erhalt einer Behandlung

Bitte denken Sie daran, *Ihre* *Cigna Healthcare*-Mitgliedskarte mit sich zu führen. Eine Kopie *Ihrer* *Cigna Healthcare*-Mitgliedskarte finden Sie in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich.

Nach der Behandlung

In den meisten Fällen zahlen wir direkt an das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt.

- Wir zahlen nur den Teil der entstandenen *Behandlungskosten*, der gedeckt ist.
- Alle *Begünstigten* sind dafür verantwortlich, den Selbstbehalt oder die Kostenbeteiligung direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik*, den *Arzt* oder die Apotheke zu zahlen, und zwar zum Zeitpunkt der *Behandlung*.

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

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

- Reichen Sie *Ihre* Rechnung und Erstattungsanträge bei *uns* ein:
 - Online über *Ihren* sicheren Online-Kundenbereich;
 - oder per E-Mail, Fax oder Post (siehe [Seite 13](#)).
- Wir erstatten *Ihnen* die Kosten (abzüglich *Ihrer* Selbstbehalts- und/oder Kostenbeteiligungsoption).
- Die von *Ihnen* eingereichten Erstattungsanträge bearbeiten wir in der Regel innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen.

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

Bitte beachten Sie, dass es Länder geben kann, in denen wir nicht in der Lage sind, einen Dienstleister direkt zu bezahlen. In diesem Fall sind Sie für die Zahlung der *Behandlungskosten* an *Ihren* Gesundheitsdienstleister verantwortlich, und *Cigna Healthcare* erstattet *Ihnen* diese.

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

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



Vorabgenehmigung

Bitte rufen Sie uns so bald wie möglich an, bevor Sie eine *Behandlung* im Rahmen der Basisversicherung oder eines von Ihnen gewählten optionalen Moduls erhalten.

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

Wir bitten Sie eventuell um weitere Informationen, wie z.B. einen medizinischen Bericht, damit wir die *Behandlung* genehmigen können. Wir bestätigen die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen*.

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

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

In den meisten Fällen stellen wir einem *Begünstigten* oder einem *Krankenhaus*, einem *Arzt* oder einer *Klinik* eine *Kostenübernahmeerklärung* aus. Das bedeutet, dass wir uns im Voraus bereit erklären, die Kosten für eine bestimmte *Behandlung* ganz oder teilweise zu übernehmen. Wenn wir eine *Kostenübernahmeerklärung* gegeben haben, zahlen wir dem *Begünstigten* oder dem *Krankenhaus*, dem *Arzt* oder der *Klinik* den vereinbarten Betrag nach Erhalt eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der entsprechenden Rechnung, nachdem die *Behandlung* durchgeführt wurde.



Notfallbehandlung

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

Wir bitten Sie eventuell um weitere Informationen, wie z.B. einen medizinischen Bericht, damit wir die *Behandlung* genehmigen können. Wir bestätigen die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen*.

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



Behandlung in den USA

Wenn sich der *Begünstigte* jedoch für eine *Behandlung* in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt*, in einer *Klinik* oder *Apotheke* entscheidet, die nicht dem *Cigna Healthcare*-Netz angehört, kürzen wir den von uns gezahlten Betrag um 20%.

Wir sind uns bewusst, dass es in manchen Fällen nicht möglich ist, die *Behandlung* in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt*, in einer *Klinik* oder *Apotheke* aus dem *Cigna Healthcare*-Netzwerk durchführen zu lassen. In diesen Fällen werden wir keine Kürzungen auf die von uns geleisteten Zahlungen vornehmen. Beispiele hierfür sind unter anderem:

- wenn es im Umkreis von 30 Meilen/50 Kilometern um die Wohnadresse des *Begünstigten* kein *Krankenhaus*, keinen *Arzt*, keine *Klinik* oder *Apotheke* aus dem *Cigna Healthcare*-Netzwerk gibt; oder
- wenn die *Behandlung*, die der *Begünstigte* benötigt, in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt*, in einer *Klinik* oder *Apotheke* aus dem *Cigna Healthcare*-Netzwerk vor Ort nicht verfügbar ist; oder
- wenn es sich bei der *Behandlung* um eine *Notfallbehandlung* handelt.

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

Einreichen von Erstattungsanträgen

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

Sie benötigen:



Die **Rechnung** Ihres Gesundheitsdienstleisters



Einen ausgefüllten **Erstattungsantrag**



Den **Beleg** über Ihre Zahlung

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

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

Sie können Ihre Anträge einreichen über:

- Ihr sicherer Online-Kundenbereich (siehe [Seite 14](#))
- E-Mail: cignaglobal_customer.care@cigna.com
- Post: **Für erhaltene Behandlungen:**
 - Fax: +44 (0) 1475 492 113 (Außerhalb der USA); 855 358 6457 (Innerhalb der USA)

Außerhalb der USA

Cigna Global Health Options, Customer Service, I Knowe Road, Greenock, Scotland PA14 4RJ

Innerhalb der USA

Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, USA

Wichtige Information

- Sie und alle *Begünstigten* müssen die in diesem Kundenleitfaden dargelegten Antragsverfahren einhalten.
- Wir erstatten Ihnen die Kosten per Banküberweisung oder Scheck.
- Es kann sein, dass wir zusätzliche Informationen benötigen, um einen Antrag bearbeiten zu können, z.B. medizinische Berichte oder andere Informationen über die Erkrankung des *Begünstigten* oder die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchung, die wir bezahlen sollen.
- Die *Begünstigten* sollten die Antragsformulare und Rechnungen so bald wie möglich nach einer *Behandlung* einreichen. Wenn der Antrag und die Rechnung nicht innerhalb von 12 Monaten nach der *Behandlung* bei uns eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch uns.
- Wenn Sie eine Teilerstattungsgrenze oder die jährliche Gesamterstattungsgrenze überschreiten, fordern wir von Ihnen die Erstattung der Kosten, bei denen Sie Ihre Grenze überschritten haben.

Vorbehaltlich der Versicherungsbedingungen Ihrer Police, übernehmen wir die folgenden Kosten im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag:

- Kosten, die im Abschnitt „Leistungen im Überblick“ dieses Kundenleitfadens beschrieben sind und am Tag/an den Tagen der *Behandlung* des *Begünstigten* anfallen.
- Kosten für bereits durchgeführte *Behandlungen*; wir übernehmen jedoch keine Kosten für zukünftige *Behandlungen*, für die eine Anzahlung oder Vorauszahlung erforderlich ist.
- *Behandlungen*, die *medizinisch notwendig* und klinisch angemessen für den *Begünstigten* sind.
- Angemessene und übliche Kosten für *Behandlungen* und Dienstleistungen im Zusammenhang mit *Behandlungen*, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind. Wir übernehmen die Kosten für diese *Behandlungen* in Übereinstimmung mit den angemessenen Gebühren am Ort der *Behandlung* und gemäß der gängigen klinischen und medizinischen Praxis.

Ihr Online-Kundenbereich

Als ein Kunde von Cigna Close CareSM haben Sie über Ihren sicheren Online-Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen, ganz gleich, wo auf der Welt Sie sich befinden.

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



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

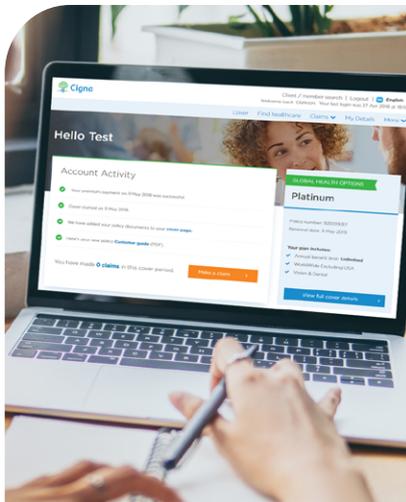


Wählen Sie „Global Individual Versicherung“ aus der Liste und klicken Sie auf die Schaltfläche „Login“.



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

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



Verwalten Sie Ihren Vertrag

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

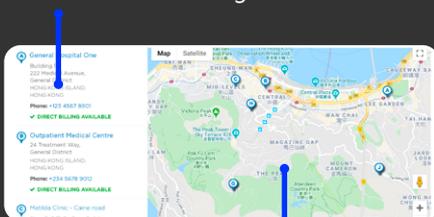
Ihre Versicherungsunterlagen einsehen, einschließlich Ihrer Versicherungsbescheinigung, sowie die Cigna Healthcare-Mitgliedskarten für alle Begünstigten;

- alle besonderen Ausschlüsse, die für Ihren Vertrag gelten, einsehen;
- die in Ihrem Tarif enthaltenen Leistungen einsehen;
- eine Übersicht über Ihre Beitragszahlungen einsehen;
- die gesamte Korrespondenz mit uns einsehen;
- auf einfache Weise Ihre Anträge einreichen und den Status Ihrer Anträge verfolgen;
- Ihre Angaben bei Bedarf aktualisieren.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mit unserem Suchtool können Sie auf einfache Weise Gesundheitsdienstleister in Ihrer Nähe finden. Sie können Ihre Suche nach medizinischem Fachgebiet, Art der Einrichtung oder medizinischem Fachpersonal verfeinern.

Eine übersichtliche Liste von Dienstleistern mit direkter Abrechnung.



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

Kontakt

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



Live-Chat



Einen Rückruf anfordern

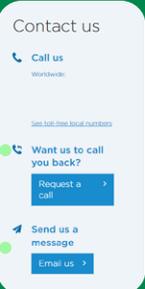


Nachricht an uns



Telefonischer Kontakt

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



Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Unser breites Angebot an Selbstbehalts- und Kostenbeteiligungsoptionen ermöglicht es Ihnen, Ihren Versicherungstarif an Ihr Budget anzupassen. Sie können einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung für den internationalen Versicherungsschutz und/oder das optionale Modul für internationalen Versicherungsschutz für *Ambulante Behandlungen* wählen.

Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung wählen, ist Ihre Prämie niedriger, als sie es sonst wäre.

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

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

Beispiel 1:

So funktioniert der **Selbstbehalt**

Antragswert: **1.200\$**
Selbstbehalt: **375\$**

Der Betrag der Kostenbeteiligung wird durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckt. In diesem Beispiel wurden 1.000\$ auf den Höchstbetrag von 2.000\$ für diesen Versicherungszeitraum angerechnet.


Sie zahlen die **375\$ Selbstbehalt**




Wir zahlen **825\$**

Beispiel 2:

So funktioniert die **Kostenbeteiligung**

Antragswert: **5.000\$**
Selbstbehalt: **0\$**
Kostenbeteiligung: **20% = 1.000\$**
Zuzahlungshöchstbetrag: **2.000\$**

Der Betrag der Kostenbeteiligung wird durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckt. In diesem Beispiel wurden 1.000\$ auf den Höchstbetrag von 2.000\$ für diesen Versicherungszeitraum angerechnet.


Sie zahlen die **1.000\$ Kostenbeteiligung**
20% von 5.000\$ sind 1.000\$




Wir zahlen **4.000\$**

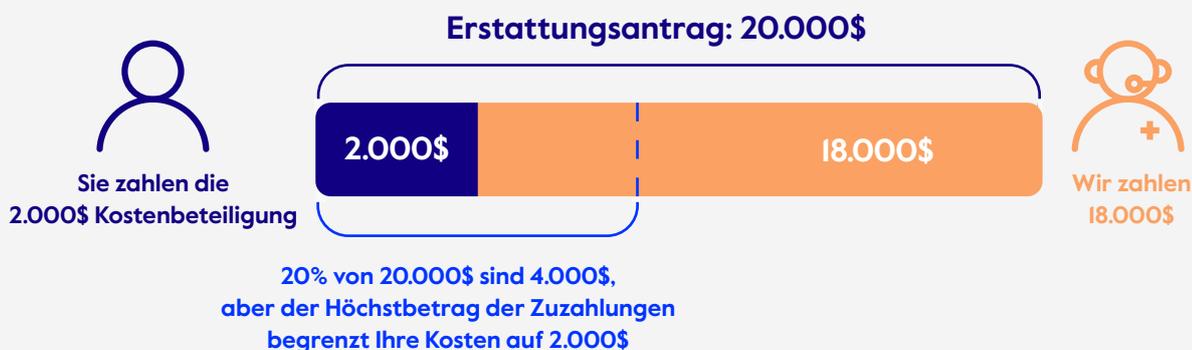
Beispiel 3:

So funktionieren **Kostenbeteiligung** und **Zuzahlungshöchstbetrag**

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

Der Zuzahlungshöchstbetrag schützt Sie vor hohen Kostenbeteiligungsbeträgen.

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



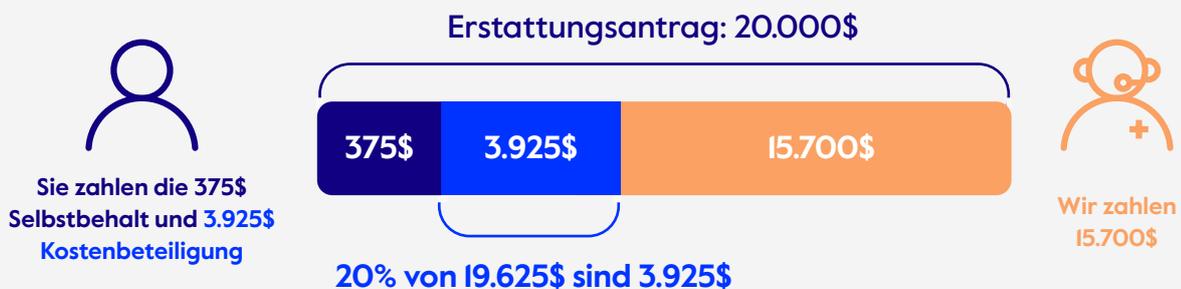
Beispiel 4:

So funktionieren **Selbstbehalt** und **Kostenbeteiligung**, wenn Sie beides gewählt haben

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

Der Selbstbehalt ist fällig, bevor die Kostenbeteiligung berechnet wird.

In diesem Beispiel wird Ihr Selbstbehalt von 375\$ zuerst von den *Behandlungskosten* abgezogen und dann wird die Kostenbeteiligung von 20% berechnet. 3.925\$ wurden für diesen Versicherungszeitraum auf den Zuzahlungshöchstbetrag von 5.000\$ angerechnet.



Wichtige Information

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

Ihre Basisleistungen

Ihre Basisleistungen werden in der nachstehenden Tabelle aufgeführt. Dabei handelt es sich um Ihren grundlegenden Versicherungsschutz für stationäre, teilstationäre und Unterbringungskosten sowie für Krebserkrankungen, psychische Gesundheitsversorgung und vieles mehr. Alle Beträge gelten pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum (sofern nicht anders angegeben).

Stationäre und teilstationäre Leistungen

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

- Ein **stationärer Patient** ist ein Patient, der aus medizinischen Gründen in ein *Krankenhaus* eingewiesen wird und über Nacht oder länger ein Bett belegt.
- Ein **teilstationärer Patient** ist ein Patient, der zur *Behandlung* oder weil er eine ärztlich überwachte Erholungsphase benötigt, in ein *Krankenhaus*, eine *Tagesklinik* oder eine andere medizinische Einrichtung eingewiesen wird aber über Nacht kein Bett belegt. Hierzu zählen auch *chirurgische Eingriffe*, die in einer *Arztpraxis* durchgeführt werden.
- Unter **ambulant** fallen *Behandlungen* in einer *Arztpraxis*, einer *Ambulanz* oder einem *Krankenhaus* bei denen der Patient weder *teilstationär* noch *stationär* aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

Wichtiger Hinweis: Alle **stationären** und *teilstationären* *Behandlungen* bedürfen einer Vorabgenehmigung. Weitere Informationen zur Vorabgenehmigung finden Sie auf [Seite 12](#), die Kontaktinformationen entnehmen Sie bitte [Seite 3](#). Die allgemeinen Ausschlüsse finden Sie in Ihrem Kundenbereich im Dokument mit den *Versicherungsbedingungen*.

Geltungsbereich
<ul style="list-style-type: none">• Der <i>Geltungsbereich</i> Ihrer Versicherung ist auf das <i>Land Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes</i> und das <i>Land Ihrer Staatsangehörigkeit</i> beschränkt.• Der Versicherungsschutz für die <i>USA</i> ist eingeschlossen, wenn das <i>Land des gewöhnlichen Wohnsitzes</i> die <i>USA</i> sind.• Staatsangehörige der <i>USA</i> können sich für den Abschluss einer <i>USA-Deckung</i> entscheiden (wenn sich der <i>Versicherungsnehmer</i> nicht für den Abschluss einer <i>USA-Deckung</i> entscheidet, haben die <i>Begünstigten</i> keinen Versicherungsschutz bei Heimatbesuchen).• Der <i>Versicherungsschutz</i> für die <i>USA</i> ist nicht zulässig, wenn eine der oben genannten Optionen nicht zutrifft.

IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

Jährliches Gesamtleistungsmaximum - pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Bereichen der <i>stationären</i> und <i>teilstationären</i> <i>Leistungen</i> gezahlt werden.	500.000\$ 400.000€ 325.000€
Leistungsgrenze bei Erkrankung Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	250.000\$ 200.000€ 165.000€
Dies ist der jährliche Betrag, den <i>wir</i> für alle <i>Behandlungskosten</i> nach der Diagnose einer <i>Erkrankung</i> zahlen. Dies umfasst alle <i>Erstattungsanträge</i> , die im Zusammenhang mit der <i>Grunderkrankung</i> <i>stationär</i> , <i>teilstationär</i> und <i>ambulant</i> gezahlt werden. Dieser Betrag gilt für jeden <i>Begünstigten</i> pro <i>Versicherungszeitraum</i> .	
Wichtige Hinweise <ul style="list-style-type: none">• <i>Wir</i> zahlen nur bis zu dem in der <i>Leistungsübersicht</i> genannten Höchstbetrag pro <i>Versicherungszeitraum</i>.• Die Kosten umfassen keine Evakuierungs- oder Rücktransportleistungen.• Alle weiteren Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der <i>Erkrankung</i> stehen und die Leistungsgrenze überschreiten, werden von <i>uns</i> nicht übernommen.• Bei der Feststellung, wann diese Grenze erreicht ist, berücksichtigt und überprüft <i>unser medizinisches Team</i> alle relevanten medizinischen <i>Behandlungen</i> und <i>Pflegeleistungen</i>.• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>ambulante</i> <i>Behandlungen</i> nur, wenn <i>Sie</i> die Option „<i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i>“ gewählt haben, mit Ausnahme bestimmter Leistungen, die <i>ambulante</i> <i>Behandlungen</i> als <i>Teil Ihrer Basisleistungen</i> einschließen.	
Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> . Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.	40.000\$ 29.600 € 26.600€
<ul style="list-style-type: none">• <i>Stationäre</i>, <i>teilstationäre</i> und <i>ambulante</i> <i>medizinische Notfallbehandlung</i> während vorübergehender Reisen außerhalb des <i>Landes Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes</i> oder des <i>Landes Ihrer Staatsangehörigkeit</i>.• Diese Leistung ist auf 21 <i>Behandlungstage</i> pro <i>Reise</i> und maximal 45 <i>Behandlungstage</i> für alle <i>Reisen</i> zusammen pro <i>Versicherungsjahr</i> begrenzt.• <i>Ambulante Notfallbehandlung</i> kann auch enthalten sein, jedoch nur bis zu 2.500\$/1.850€/1.650€. Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn <i>Sie</i> das optionale Modul „<i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i>“ gewählt haben. Die Bedingungen für diese <i>Gesamtleistungsgrenze</i> entnehmen Sie bitte der <i>Klausel 8.3</i> der <i>Versicherungsbedingungen</i>.	

<p>Krankenhauskosten für: Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme für ein Zweibettzimmer</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für Pflege und Unterbringung eines <i>Begünstigten</i> während einer <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> <i>Behandlung</i>; oder die Kosten für ein <i>Behandlungszimmer</i> während einer <i>ambulanten Operation</i> des <i>Begünstigten</i>, sofern ein solches erforderlich ist. Wir übernehmen diese Kosten nur, wenn: <ul style="list-style-type: none"> es <i>medizinisch notwendig ist</i>, dass der <i>Begünstigte</i> <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird; die Dauer des Aufenthalts im <i>Krankenhaus</i> <i>medizinisch angemessen</i> ist; die <i>Behandlung</i> von einem Facharzt durchgeführt oder geleitet wird; und er in einem Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad untergebracht ist. Wenn die Gebühren eines <i>Krankenhauses</i> je nach Art des Zimmers, in dem der <i>Begünstigte</i> untergebracht ist, variieren, zahlen wir maximal den Betrag, der berechnet worden wäre, wenn der <i>Begünstigte</i> in einem Standard-Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad oder einem gleichwertigen Zimmer untergebracht gewesen wäre. Entscheidet der behandelnde Arzt, dass der <i>Begünstigte</i> länger im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss, als wir im Voraus genehmigt haben, oder entscheidet er, dass der <i>Begünstigte</i> eine andere <i>Behandlung</i> benötigt als die, die wir im Voraus genehmigt haben, so muss der Arzt uns einen Bericht vorlegen, in dem er erläutert, wie lange der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss, welche Diagnose er gestellt hat (falls sich diese geändert hat) und welche <i>Behandlung</i> der <i>Begünstigte</i> erhalten hat und erhalten muss. 	
<p>Krankenhauskosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> Operationssaal. verordnete Medikamente, Arzneimittel und Verbandmaterial nur bei <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer</i> <i>Behandlung</i>. <i>Behandlungsraumgebühren</i> bei <i>ambulant</i> <i>Operationen</i>. <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<p>Kosten für den Operationssaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen alle Kosten und Gebühren im Zusammenhang mit der Nutzung eines Operationssaals, wenn die <i>Behandlung</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> abgedeckt ist. <p>Medikamente, Arzneimittel und Verbandmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wir zahlen für Arzneimittel, Medikamente und Verbandstoffe, die dem <i>Begünstigten</i> während einer <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> <i>Behandlung</i> verschrieben werden. Für Medikamente, Arznei- und Verbandmittel, die für die häusliche Anwendung verschrieben werden, gelten die Höchstbeträge für verordnete Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der Leistung „<i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i>“ (es sei denn, sie werden im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i> verschrieben). 	
<p>Pandemien, Epidemien und Ausbrüche von Infektionskrankheiten</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für <i>medizinisch notwendige Behandlungen</i> von Krankheiten, die auf eine Pandemie, Epidemie oder den Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die <i>medizinisch notwendige Behandlung</i> und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden sowohl <i>stationär</i> als auch <i>teilstationär</i> übernommen. Wir übernehmen die Kosten für <i>ambulante</i> <i>Behandlungen</i> nur, wenn der <i>Begünstigte</i> im Rahmen der Option „<i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i>“ versichert ist. <p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> Die <i>medizinisch notwendigen Untersuchungen</i>, die ambulant (z. B. zu Hause oder in einem Diagnosezentrum) bei Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten durchgeführt werden, werden nur im Rahmen der Leistungen für Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests des Moduls „<i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i>“ übernommen. Diese gemäß den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen ambulanten diagnostischen Tests werden in gleicher Weise übernommen wie die Diagnostik in Verbindung mit anderen Krankheiten. 	
<p>Krankenhaustagegeld</p> <p>Pro Nacht bis zu 30 Tagen pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Ein im Rahmen Ihrer Basisversicherung gewählter Selbstbehalt gilt entsprechend den Versicherungsbedingungen nicht für diese Leistung</p>	<p>100\$ 75€ 65€</p>
<p>Wir leisten eine Barzahlung direkt an den <i>Begünstigten</i>, wenn dieser:</p> <ul style="list-style-type: none"> eine <i>Behandlung</i> in einem <i>Krankenhaus</i> erhält, die durch diesen Tarif abgedeckt ist; über Nacht in einem <i>Krankenhaus</i> bleiben muss; und das <i>Krankenhaus</i> keine Gebühren für Zimmer, Verpflegung und <i>Behandlung</i> gegenüber dem <i>Begünstigten</i>, einer Versicherungsgesellschaft und/oder einer örtlichen staatlichen Behörde erhebt. 	

<p>Intensivpflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivtherapie. • Koronarpflege. • Schwerstpflegestation. <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die Behandlung eines <i>Begünstigten</i> in einer Einrichtung für <i>Intensivpflege</i>, <i>Intensivtherapie</i>, <i>Koronarpflege</i> oder <i>Schwerstpflege</i>, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • diese Einrichtung der am besten geeignete Ort für die Behandlung ist; • die <i>Pflege</i> in dieser Einrichtung ein wesentlicher Bestandteil der <i>Behandlung</i> ist; und • die <i>Behandlung</i> in dieser Einrichtung routinemäßig von Patienten in Anspruch genommen wird, die an der gleichen Art von Krankheit oder <i>Verletzung</i> leiden oder die die gleiche Art von <i>Behandlung</i> erhalten. 	

<p>Honorare für Chirurgen und Anästhesisten</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen bei <i>stationären</i>, <i>teilstationären</i> oder <i>ambulant</i>en <i>Behandlungen</i>: <ul style="list-style-type: none"> • die <i>Operationskosten</i> für Chirurgen und Anästhesisten; und • Honorare von Chirurgen und Anästhesisten für <i>Behandlungen</i>, die unmittelbar vor oder nach der <i>Operation</i> (d.h. am Tag der <i>Operation</i>) erforderlich sind. • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>ambulante Behandlungen</i> vor oder nach einer <i>Operation</i> nur dann, wenn der <i>Begünstigte</i> über die Option „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ versichert ist (es sei denn, die <i>Behandlung</i> erfolgt im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i>). 	

<p>Facharzthonorare</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für regelmäßige Besuche eines Facharztes während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i>, einschließlich der <i>Intensivpflege</i> durch einen Facharzt, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist. • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die Konsultation eines Facharztes während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i>, bei dem der <i>Begünstigte</i>: <ul style="list-style-type: none"> • <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird; • sich einer <i>Operation</i> unterzieht; oder • wenn die Konsultation <i>medizinisch notwendig</i> ist. 	

<p>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer erweiterte bildgebende Verfahren)</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Untersuchungen <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> durchgeführt werden. • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • Blut- und Urinuntersuchungen; • Röntgenaufnahmen; • Ultraschall-Untersuchungen; • Elektrokardiogramme (EKG); und • andere <i>diagnostische Tests</i>; <p>wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem Facharzt im Rahmen eines <i>stationären</i> oder <i>teilstationären Krankenhausaufenthalts</i> des <i>Begünstigten</i> empfohlen werden.</p>	

<p>Nierendialyse</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>5.000\$ 3.700€ 3.325€</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten für eine Nierendialysebehandlung werden übernommen, wenn eine solche <i>Behandlung im Land des gewöhnlichen Wohnsitzes des Begünstigten möglich ist</i>. Wir übernehmen die Kosten für eine <i>stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung</i>. • Wir übernehmen keine Kosten für Nierendialysebehandlungen <i>außerhalb des Geltungsbereichs des Begünstigten</i>, es sei denn, sie sind im Rahmen der Leistung „Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs“ <i>abgedeckt</i>. 	
<p>Fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans)</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650€</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie von einem Facharzt im Rahmen der <i>stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Magnetresonanztomographie (MRT); • Computertomografie (CT); und/oder • Positronen-Emissions-Tomographie (PET); • Wir können vor einer Magnetresonanztomographie (MRT) einen ärztlichen Bericht verlangen. 	
<p>Physiotherapie und ergänzende Therapien</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>2.000\$ 1.480€ 1.330€</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die <i>Behandlung stationär oder teilstationär</i> durchgeführt wird. • Wir übernehmen die Kosten für <i>Behandlungen</i> durch <i>Physiotherapeuten und Komplementärtherapeuten</i>; (Akupunkteure und Praktiker der chinesischen Medizin), wenn diese Therapien von einem Facharzt im Rahmen eines <i>stationären oder teilstationären Krankenhausaufenthaltes</i> des <i>Begünstigten</i> empfohlen werden (aber nicht die <i>Hauptbehandlung</i> darstellen, für die er sich im <i>Krankenhaus</i> befindet). Der Akupunkteur und der Fachmann der Chinesischen Medizin müssen entsprechend qualifiziertes Fachpersonal sein, das die entsprechende Lizenz in dem Land besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. 	
<p>Rehabilitation</p> <p>Bis zu 30 Tage und der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>2.000\$ 1.480€ 1.330€</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für <i>Rehabilitationsbehandlungen</i> (Physio-, Ergo- und Sprachtherapien), die von einem Facharzt empfohlen werden und nach einem traumatischen Ereignis wie einem Schlaganfall oder einer <i>Verletzung der Wirbelsäule medizinisch notwendig</i> sind. • Wenn die <i>Rehabilitationsbehandlung</i> in einem <i>stationären Rehabilitationszentrum erforderlich ist</i>, übernehmen wir die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für bis zu 30 Tage für jede einzelne <i>Erkrankung</i>, die eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> erfordert. <p>Um festzustellen, wann die 30-Tage-Grenze erreicht ist, zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wir jede Übernachtung, während der ein <i>Begünstigter</i> eine <i>stationäre Behandlung</i> erhält, als 1 Tag; und • wir jeden Tag, an dem ein <i>Begünstigter</i> eine <i>ambulante und teilstationäre Behandlung</i> erhält, als 1 Tag. <ul style="list-style-type: none"> • Vorbehaltlich einer vorherigen Genehmigung vor Beginn der <i>Behandlung</i> zahlen wir für <i>Rehabilitationsbehandlungen</i>, die länger als 30 Tage dauern, wenn eine weitere <i>Behandlung medizinisch notwendig</i> ist und vom behandelnden Facharzt empfohlen wird. <p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> nur dann, wenn sie nach oder infolge einer <i>Behandlung</i> erforderlich ist, die durch diesen <i>Vertrag</i> abgedeckt ist, und wenn sie innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung der ursprünglichen <i>Behandlung</i> beginnt. • Jede <i>Rehabilitationsbehandlung</i> muss von uns in im Voraus genehmigt werden. Wir genehmigen eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> nur, wenn der behandelnde Facharzt uns einen Bericht vorlegt, in dem Folgendes erläutert wird: <ol style="list-style-type: none"> i) wie lange der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss; ii) die <i>Diagnose</i>; und iii) die <i>Behandlung</i>, die der <i>Begünstigte</i> bereits erhalten hat oder noch erhalten muss. 	

<p>Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Bis zu 60 Tage (<i>stationäre</i> und <i>ambulante</i> Behandlung zusammen). Bis zu 30 Tage (nur <i>stationär</i>).</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung für stationäre und teilstationäre Behandlungen. Für ambulante Behandlungen im Rahmen dieser Leistung ist keine Vorabgenehmigung erforderlich.</p>	<p>3.000\$ 2.200€ 2.000€</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evidenzbasierte und medizinisch notwendige Behandlung, die von einem Arzt empfohlen wird.</i> • <i>Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung, die von einem Psychologen und/oder Psychiater durchgeführt wird, der nach den Gesetzen des betreffenden Landes als solcher zugelassen ist.</i> • Die Diagnose von Abhängigkeiten (einschließlich Alkoholismus); <p>Suchtbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir zahlen für einen Kurs oder ein Programm der Suchtbehandlung in einem Fachzentrum, das eine evidenzbasierte Behandlung anbietet, wenn diese Behandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt empfohlen wird, bis zur Leistungsgrenze.</i> • <i>Wir zahlen für bis zu drei Versuche bei der Entgiftung, danach zahlen wir nur für weitere Entgiftungsbehandlungen, wenn der Begünstigte einen offiziellen ambulanten Kurs bzw. ein entsprechendes Programm der Suchtbehandlung absolviert.</i> • <i>Wir zahlen keine andere Behandlung im Zusammenhang mit Alkoholismus oder Sucht; oder Behandlung einer vergleichbaren Erkrankung (wie Depression, Demenz oder Leberversagen); wenn wir vernünftigerweise annehmen, dass die Erkrankung, der eine Behandlung erfordert, die direkte Folge von Alkoholismus oder Sucht ist.</i> <p>Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medizinische Kosten, einschließlich Arzt- und Kinderarztbesuche im Zusammenhang mit Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), nur auf ambulanter Basis, die evidenzbasiert und medizinisch notwendig sind.</i> • <i>Beurteilung und Diagnostiktests für Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Vorliegen von Symptomen.</i> • <i>Verhaltenstherapie, wenn sie gemäß evidenzbasierter Behandlung medizinisch notwendig ist.</i> <p>Wichtige Hinweise</p> <p>Diese Leistung unterliegt dem Selbstbehalt oder der Kostenbeteiligung, den bzw. die Sie in der Basisversicherung für psychische und verhaltensmedizinische Behandlungen, einschließlich ambulanter Behandlungen für die psychische Gesundheit, gewählt haben.</p> <p>Wir zahlen nicht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erzieherische Maßnahmen, Sprachtherapie und Hilfsmittel zur Sprachförderung. • Verschreibungspflichtige Arzneimittel oder <i>ambulant</i> verordnete Medikamente für eine dieser Erkrankungen, es sei denn, Sie haben das Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ erworben. 	

<p>Krebsbehandlung</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nach einer Krebsdiagnose übernehmen wir die Kosten für die Behandlung der Krebserkrankung, wenn die Behandlung von uns als aktive und evidenzbasierte Behandlung angesehen wird. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, diagnostische Tests und Arzneimittel, unabhängig davon, ob der Begünstigte über Nacht in einem Krankenhaus bleibt oder ambulant oder teilstationär behandelt wird.</i> • <i>Wir zahlen nicht für genetische Krebsvorsorgeuntersuchungen.</i> 	

<p>Krebsbedingte Hilfsmittel</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und Lebenszeit für krebsbedingte Hilfsmittel.</p> <p>Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>125\$ 100€ 85€</p>
<p>Wenn ein <i>Begünstigter</i> eine Krebsdiagnose erhält, zahlen wir für den Kauf von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perücken/Stirnbändern für <i>Krebspatient*innen</i> • Mastektomie-BHs für <i>Krebspatientinnen</i> 	

<p>Hospiz und Palliativversorgung Bis zu der ausgewiesenen Höchstgrenze auf Lebenszeit. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650€</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für die Palliativpflege, wenn ein <i>Begünstigter</i> eine unheilbare Diagnose erhält und seine Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt und keine wirksame <i>Behandlung</i> zur Verfügung steht, die seine Genesung unterstützt.</p> <p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Pflege; • <i>Stationäre</i> und <i>teilstationäre Krankenhaus-</i> oder <i>Hospizversorgung</i> und <i>-unterbringung</i>; • verordnete Medikamente; und • physische und psychologische Betreuung. 	

<p>Interne Prothesen Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für <i>interne Prothesen</i>, die im Rahmen der <i>Behandlung eines Begünstigten</i> erforderlich sind. • Eine <i>Prothese</i> ist: <ul style="list-style-type: none"> • ein künstliches Glied, ein Ersatzstück oder ein Gerät, das zum Zweck einer <i>Operation</i> oder in Verbindung mit einer solchen erforderlich ist; • eine künstliche Vorrichtung oder ein Ersatzstück, die/das ein notwendiger Bestandteil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach einer <i>Operation</i> ist, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist; oder • Prothesen oder Vorrichtungen, die <i>medizinisch notwendig</i> sind und <i>kurzfristig</i> den Genesungsprozess unterstützen. 	

<p>Externe Prothesen Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650€</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für <i>externe Prothesen</i>, die als Teil der <i>Behandlung eines Begünstigten</i> erforderlich sind (vorbehaltlich der unten aufgeführten Einschränkungen). • Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • eine <i>Prothese</i> oder ein Hilfsmittel, die bzw. das ein notwendiger <i>Bestandteil</i> der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach einer <i>Operation</i> ist, und zwar so lange, wie es <i>medizinisch notwendig</i> ist; oder • eine <i>Prothese</i> oder ein Hilfsmittel, die bzw. das <i>medizinisch notwendig</i> ist und <i>kurzfristig</i> Teil des Heilungsprozesses ist. • Wir übernehmen die Kosten für eine erste externe Prothese für <i>Begünstigte</i> ab 18 Jahren pro <i>Versicherungszeitraum</i>. Wir übernehmen keine Kosten für Ersatzprothesen für <i>Begünstigte</i> ab 18 Jahren. • Wir übernehmen die Kosten für eine erste externe Prothese und bis zu 2 Ersatzprothesen für <i>Begünstigte</i> bis zum Alter von 17 Jahren pro <i>Versicherungszeitraum</i>. • Unter einer externen <i>Prothese</i> verstehen wir ein externes künstliches Körperteil, wie z.B. eine Gliedmaßen- oder Handprothese, die als Teil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach der <i>Operation</i> des <i>Begünstigten</i> oder als Teil des Genesungsprozesses <i>kurzfristig medizinisch notwendig</i> ist. 	

<p>Krankentransport Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn es <i>medizinisch notwendig</i> ist, übernehmen wir die Kosten für einen örtlichen Krankenwagen für den Transport eines <i>Begünstigten</i>: <ul style="list-style-type: none"> • vom Ort eines Unfalls oder einer <i>Verletzung</i> in ein <i>Krankenhaus</i>; • von einem <i>Krankenhaus</i> in ein anderes; oder • von zu Hause in ein <i>Krankenhaus</i>. • Wir zahlen nur dann für einen örtlichen Krankenwagen, wenn dieser für eine <i>medizinisch notwendige Behandlung</i> eingesetzt wird, die der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> erhalten muss. • Dieser <i>Vertrag</i> bietet keinen Versicherungsschutz für Bergrettungsdienste. 	

<p>Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Diese Leistung erfordert eine Vorabgenehmigung.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650£</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für eine <i>zahnärztliche Behandlung</i> im Krankenhaus nach einem schweren Unfall, sofern die nachstehenden <i>Bedingungen</i> erfüllt sind. Wir übernehmen die Kosten für eine <i>zahnärztliche Notfallbehandlung</i>, die ein <i>Begünstigter</i> während eines <i>stationären</i> Aufenthalts in einem Krankenhaus benötigt, wenn diese <i>stationäre zahnmedizinische Notfallbehandlung</i> vom behandelnden Arzt aufgrund eines <i>zahnmedizinischen Notfalls</i> empfohlen wird (aber nicht die <i>Hauptbehandlung</i> ist, für die sich der <i>Begünstigte</i> im Krankenhaus befindet). Diese Leistung wird anstelle aller anderen zahnärztlichen Leistungen gezahlt, auf die der <i>Begünstigte</i> unter diesen Umständen Anspruch hat. 	

<p>Globale Telemedizin mit Teladoc</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>Unbegrenzte Beratungen</p>
<p>Sie haben bei nicht notfallbedingten Gesundheitsfragen Zugang zu unbegrenzten Beratungen durch einen <i>Arzt</i> per Video und Telefon über die <i>Cigna Wellbeing® App</i> oder über eine Empfehlung durch unseren <i>Kundendienst</i>. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosestellung bei nicht notfallbedingten Gesundheitsproblemen – von akuten bis hin zu komplexen chronischen Erkrankungen Behandlung gesundheitlicher Beschwerden wie Fieber, Hautausschlag und Schmerzen Pädiatrische Versorgung in nicht dringenden Fällen Vorbereitung auf bevorstehende Arzttermine Erörterung von Medikationsplänen und möglichen Nebenwirkungen Verordnungen bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen, sofern medizinisch indiziert und zulässig <p>Bei Bedarf können In-App-Überweisungen an verfügbare <i>Teladoc Global Telehealth-Spezialisten</i> vorgenommen werden. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dermatologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie <p>Allgemeinärzte können diese Termine bei <i>Global-Telehealth-Fachärzten</i> innerhalb von fünf Tagen nach der ersten Konsultation vereinbaren.</p> <p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> Sie können auf die <i>Globale Telemedizin</i> über die <i>Cigna Wellbeing® App</i> zugreifen. Auf Seite 7 erfahren Sie, wie Sie die App herunterladen und sich anmelden können. Klicken Sie auf dem Startbildschirm der App auf das Symbol „Gesundheitsversorgung erhalten“ und wählen Sie dann „Globale Telemedizin“. Nachdem Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzbestimmungen akzeptiert haben, wählen Sie „Sprechstunde vereinbaren“ und entscheiden Sie sich dann für „Telefonsprechstunde“ oder „Videosprechstunde“ und folgen Sie anschließend den weiteren Schritten. Wenn Sie einen „Rückruf für später anfordern“, ruft Sie der <i>Arzt</i> in der Regel noch am selben Tag zurück, je nach Verfügbarkeit der Sprache. Wenn Sie eine <i>Videosprechstunde</i> anfordern, können Sie den Tag und die Uhrzeit so festlegen, wie es Ihnen am besten passt. Wir empfehlen, die Anwendung 10 Minuten vor dem Termin zu öffnen. Die Verschreibung von Medikamenten ist nur dann zulässig, wenn der <i>Arzt</i> in dem Staat oder Land, in dem die Versicherung abgeschlossen wurde, zur Verschreibung von Medikamenten zugelassen ist. Sie müssen das optionale Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ abgeschlossen haben, um die Leistung für ambulant verschriebene Medikamente und Verbandmittel in Anspruch nehmen zu können. Wenn Sie einen <i>Selbstbehalt</i> oder eine <i>Kostenbeteiligung</i> für ambulante <i>Behandlungen</i> gewählt haben, müssen Sie diese zahlen, wenn Ihnen Medikamente verschrieben werden. 	

<p>Selbstbehalt (verschiedene)</p> <p>Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Ansprüche von <i>Ihrem</i> Versicherungstarif abgedeckt werden.</p>	<p>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 £</p>
<p>Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt und Zuzahlungshöchstbetrag</p> <p>Die <i>Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil jedes Anspruchs, der nicht von <i>Ihrem</i> Versicherungstarif übernommen wird.</p> <p>Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i>, den Sie pro <i>Versicherungszeitraum</i> zahlen müssen.</p> <p>Der Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung des <i>Selbstbehalts</i> berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, tragen zum <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> bei.</p>	<p>Zunächst wählen Sie die gewünschte prozentuale Kostenbeteiligung:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>Dann wählen Sie Ihren Zuzahlungshöchstbetrag:</p> <p>2.000 \$ oder 5.000 \$ 1.480 € oder 3.700 € 1.330 £ oder 3.325 £</p>

Medizinische Evakuierung

Ein im Rahmen Ihrer Basisversicherung gewählter Selbstbehalt gilt nicht für diese Leistung.

50.000 \$
37.000 €
33.250 £

Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum für den Fall, dass die *Behandlung* im Notfall vor Ort nicht verfügbar ist.

Wenn ein *Begünstigter* eine *Notfallbehandlung* benötigt, zahlen *wir* in diesem Zusammenhang die medizinische Evakuierung:

- zum nächstgelegenen *Krankenhaus*, wo die erforderliche *Behandlung* verfügbar ist (auch wenn sich dies in einem anderen Teil des Landes oder in einem anderen Land befindet); und
- zur Rückkehr an den Ort, von dem sie evakuiert wurden, sofern die Rückreise nicht mehr als 14 Tage nach Abschluss der *Behandlung* stattfindet.

Für die Rückreise zahlen *wir*:

- den Preis eines Flugtickets für die Economy Class; oder
- angemessene Reisekosten auf dem Land- oder Seeweg, je nachdem, welcher Kosten niedriger sind.

Wir zahlen Taxigebühren nur, wenn:

- es aus medizinischer Sicht für den *Begünstigten* besser ist, mit dem Taxi als mit Krankenwagen zum Flughafen zu fahren; und
- die Genehmigung im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* eingeholt wurde.

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

Wir übernehmen keine anderen Kosten im Zusammenhang mit einer Evakuierung (wie z.B. Übernachtungskosten).

Wichtige Hinweise:

- Wenn Sie in das *Krankenhaus* zurückkehren müssen, in das Sie zur *Nachbehandlung* evakuiert wurden, zahlen *wir* keine Reise- oder Lebenshaltungskosten.
- Für den Fall, dass Evakuierungsdienste nicht von *uns* organisiert werden, behalten *wir* uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.

Medizinische Rückführung

Ein im Rahmen Ihrer Basisversicherung gewählter Selbstbehalt gilt nicht für diese Leistung.

100.000 \$
74.000 €
66.500 £

Wenn *Begünstigte* aufgrund einer schweren Erkrankung oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer *Operation* einen medizinischen Rücktransport benötigen, zahlen *wir*:

- dass sie in ihr *Land des gewöhnlichen Aufenthalts* oder *Land der Staatsangehörigkeit* zurückgeführt werden; und
- die Rückkehr an den Ort, von dem sie evakuiert wurden, sofern die Rückreise nicht mehr als 14 Tage nach Abschluss der *Behandlung* stattfindet.

Die oben genannte Reise muss im Voraus von *unserem medizinischen Assistenzdienst* genehmigt werden und: Alle Transportkosten müssen angemessen und üblich sein.

Für die Rückreise zahlen *wir*:

- den Preis eines Flugtickets für die Economy Class; oder
- angemessene Reisekosten auf dem Land- oder Seeweg, je nachdem, welcher Kosten niedriger sind.

Wir zahlen Taxigebühren nur, wenn:

- es aus medizinischer Sicht für den *Begünstigten* besser ist, mit dem Taxi als mit Krankenwagen zum Flughafen zu fahren; und
- die Genehmigung im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* eingeholt wurde.

Wir übernehmen keine anderen Kosten im Zusammenhang mit einer Rückführung (wie z.B. Übernachtungskosten).

Wichtige Hinweise:

- Wenn Sie in das *Krankenhaus* zurückkehren müssen, in das Sie zur *Nachbehandlung* rückgeführt wurden, zahlen *wir* keine Reise- oder Lebenshaltungskosten.
- Wenn ein *Begünstigter* den *medizinischen Assistenzdienst* kontaktiert, um eine Vorabgenehmigung für eine Rückführung einzuholen, der *medizinische Assistenzdienst* die Rückführung jedoch nicht als medizinisch sinnvoll erachtet, können *wir* stattdessen die Evakuierung des *Begünstigten* zum nächstgelegenen *Krankenhaus* organisieren, in dem die notwendige *Behandlung* erhältlich ist. *Wir* werden den *Begünstigten* dann in sein *Land der Staatsangehörigkeit* oder *Land des gewöhnlichen Aufenthalts* zurückführen, wenn sein Zustand stabil und eine Rückführung medizinisch angemessen ist.
- Für den Fall, dass Rückführungsdienste nicht von *uns* organisiert werden, behalten *wir* uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.

Rückführung sterblicher Überreste

Ein im Rahmen Ihrer Basisversicherung gewählter Selbstbehalt gilt nicht für diese Leistung.

25.000 \$

18.500 €

16.500 £

Stirbt ein *Begünstigter* außerhalb seines *Landes des gewöhnlichen Aufenthalts* während des *Versicherungszeitraums*, veranlasst der *medizinische Assistenzdienst*, dass seine sterblichen Überreste - vorbehaltlich der Anforderungen und Einschränkungen der Fluggesellschaften - schnellstmöglich in das *Land des gewöhnlichen Aufenthalts* oder das *Landes der Staatsangehörigkeit* rückgeführt werden.

Wir übernehmen weder die Kosten im Zusammenhang mit einer Beerdigung oder Einäscherung noch für die Beförderung einer Person, die die sterblichen Überreste des *Begünstigten* abholt oder begleitet.

Wichtiger Hinweis:

- Für den Fall, dass Rückführungsdienste nicht von *uns* organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.

Die folgenden wichtigen Hinweise und allgemeinen Bedingungen gelten für alle Versicherungsleistungen, die im Rahmen der medizinischen Evakuierung, der medizinischen Rückführung und der Rückführung sterblicher Überreste gewährt werden.

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 vom *medizinischen Assistenzdienst*, der über den Kundendienst kontaktiert werden kann (Kontaktdaten siehe [Seite 3](#)), im Voraus genehmigt werden;
- die *Behandlung*, für die oder nach der die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss von einer *qualifizierten Pflegekraft* oder einem *Arzt* empfohlen werden;
- Evakuierungs- und Rückführungsdienste stehen entsprechend diesem *Vertrag* nur zur Verfügung, wenn der *Begünstigte stationär* oder *teilstationär* behandelt wird (oder behandelt werden muss);
- die *Behandlung*, aufgrund der ein Evakuierungs- oder Rückführungsdienst in Anspruch genommen werden muss, muss folgende Bedingungen erfüllen:
 - die *Behandlung* des *Begünstigten* muss gemäß diesem *Vertrag* abgedeckt sein; und
 - an dem Ort, von dem der *Begünstigte* evakuiert oder rückgeführt werden soll, nicht verfügbar sein;
 - *Begünstigte* müssen bereits den Close CareSM-Versicherungsschutz genießen, bevor sie den Evakuierungs- oder Rückführungsdienst benötigen;
 - der Versicherungsschutz des *Begünstigten* für den *gewählten Geltungsbereich* muss sich auf das Land erstrecken, in dem die *Behandlung* nach der Evakuierung oder Rückführung durchgeführt wird (*Behandlungen* in den USA sind ausgeschlossen, sofern der *Begünstigte* nicht den Versicherungsschutz *USA als Land des gewöhnlichen Aufenthalts* oder *Land der Staatsangehörigkeit* erworben hat).
- Wir zahlen nur für Evakuierungs- oder Rückführungsdienste, wenn alle Vereinbarungen von *unserem medizinischen Assistenzdienst* im Voraus genehmigt wurden. Bevor diese Genehmigung erteilt wird, benötigen wir alle Informationen oder Nachweise, die wir vernünftigerweise verlangen können;
- Wir werden eine Evakuierung oder Rückführung nicht genehmigen oder bezahlen, wenn sie nach *unserer* vertretbaren Meinung nicht angemessen ist, oder wenn dem *medizinischen Rat* entgegensteht. Bei der Entscheidung, ob eine Evakuierung oder eine Rückführung angemessen ist, beziehen wir *uns* auf etablierte klinische und medizinische Praxis;
- Wir können von Zeit zu Zeit eine Prüfung dieses Versicherungsschutzes durchführen und behalten *uns* vor, Sie um weitere Angaben zu bitten, wenn dies für uns angemessen ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

- Wenn es die lokalen Bedingungen unmöglich, unpraktikabel oder unangemessen gefährlich machen, ein Gebiet zu betreten, zum Beispiel wegen politischer Instabilität oder Krieg, können wir möglicherweise keine Evakuierungs- oder Rückführungsdienste organisieren. Diese *Vertragsbedingungen* garantieren nicht, dass Evakuierungs- oder Rückführungsdienste auf Anfrage immer verfügbar sind, auch wenn sie medizinisch angemessen sind.
- Wir zahlen nur für *Krankenhausaufenthalte*, solange der *Begünstigte* behandelt wird. Wir zahlen nicht für die *Unterbringung* im Krankenhaus, wenn ein *Begünstigter* nicht mehr behandelt wird, sondern auf einen Rückflug wartet.
- Alle *Behandlungen*, die ein *Begünstigter* vor oder nach einer Evakuierung oder Rückführung erhält, werden von der Close CareSM-Basisversicherung gezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen Versicherungsoption), vorausgesetzt die *Behandlung* ist gemäß diesem *Vertrag* gedeckt und Sie haben den entsprechenden Versicherungsschutz erworben.
- Wir können nicht für Verzögerungen oder die mangelnde Verfügbarkeit von Evakuierungs- oder Rückführungsdiensten haftbar gemacht werden, die auf ungünstige Wetterbedingungen, technische oder mechanische Probleme, behördliche Auflagen oder Beschränkungen oder andere Faktoren zurückzuführen sind, die sich *unserer* Kontrolle entziehen.
- Wir zahlen nur für Evakuierung, Rückführung und Transport durch Dritte, wenn die *Behandlung*, für die oder aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, entsprechend diesem *Vertrag* gedeckt ist.
- Alle Entscheidungen in Bezug auf:
 - die *medizinische Notwendigkeit* der Evakuierung oder Rückführung;
 - die Mittel und den Zeitpunkt einer Evakuierung oder Rückführung;
 - die zu verwendenden medizinischen Geräte, das einzusetzende medizinische Personal und
 - den Bestimmungsort, an den der *Begünstigte* befördert werden soll;werden von *unserem medizinischen Team* nach Rücksprache mit den *Ärzten*, die den *Anspruchsberechtigten* behandeln und unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen getroffen.

So funktionieren medizinische Evakuierung, Rückführung und Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs:

Sie wohnen in Spanien und das Land Ihrer Staatsangehörigkeit ist Frankreich.

Beispiel 1:

Sie benötigen eine Notfallbehandlung nach einem Schlaganfall zu Hause; Ihre Behandlung steht Ihnen jedoch vor Ort nicht zur Verfügung. Wir übernehmen die Kosten, dass Sie in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht werden, in dem diese Behandlung verfügbar ist; dies kann in Spanien oder grenzüberschreitend in Portugal sein.

Wenn Sie in ein Krankenhaus in Portugal gebracht werden, würde eine Notfallbehandlung im Rahmen des Versicherungsschutzes „Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs“ bis zu 40.000 \$ / 29.600 € / 26.600 £ übernommen werden. Die medizinische Evakuierung nach Portugal würde gemäß der Versicherungsleistung „medizinische Evakuierung“ für bis zu 50.000 \$ / 37.000 € / 33.250 £ gedeckt. Wenn Sie eine Behandlung vor Ort in Spanien erhalten (Land mit Versicherungsschutz), würden die Kosten im Rahmen der Basisversicherung für stationäre Behandlungen abgedeckt.

Beispiel 2:

Sie benötigen eine Notfallbehandlung mit anschließender Operation aufgrund eines Herzinfarkts, während Sie in Thailand Urlaub machen (**außerhalb des Geltungsbereichs**). Wir übernehmen die Kosten, dass Sie nach der Operation entweder nach Frankreich oder nach Spanien (Länder mit Versicherungsschutz) zurückgebracht werden. Die Notfallbehandlung nach einem Herzinfarkt würde im Rahmen des Versicherungsschutzes „Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs“ bis zu 40.000 \$ / 29.600 € / 26.600 £ übernommen werden. Die Rückführung nach Frankreich oder Spanien wäre bis zu 100.000 \$ / 74.000 € / 66.500 \$ gedeckt.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auflistung der optionalen Leistungen, die Sie zusätzlich zu Ihrer Basisversicherung im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung gewählt haben könnten.



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

Ambulante und Wellness-Behandlungen

Optionales Modul

Das Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ bietet Ihnen einen umfassenderen Versicherungsschutz für *ambulante* Behandlungen, bei denen eine *teilstationäre* oder *stationäre Krankenhausaufnahme* nicht erforderlich ist. Die Leistungen umfassen Konsultationen mit *Ärzten* und *Fachärzten*, verschriebene *Medikamente* und *Verbände*, *Physiotherapie* sowie *osteopathische* und *chiropraktische* Behandlungen. Als *Ihr* Whole Health-Partner versichern wir Sie auch für eine Reihe von *Krebsvorsorgeuntersuchungen* und *Routineuntersuchungen* für Erwachsene und bieten Ihnen Zugang zu *unserem* Programm zur Unterstützung des *Lebensmanagements* und *unserem* *Wellness-Coaching* per Telefon.

Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für eine *medizinisch notwendige ambulante Notfallbehandlung* in der Notaufnahme eines *Krankenhauses* nach einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung und/oder einer lebensbedrohlichen Situation nur dann übernehmen, wenn der *Begünstigte* die Option „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ gewählt hat. Wir übernehmen die Kosten für *ambulante Notfallbehandlungen* in einer Unfall- und Notaufnahme nur bis zu den geltenden Höchstbeträgen.

Für die meisten ambulanten und Wellness-Behandlungen benötigen Sie keine **Vorabgenehmigung**. Für die folgenden ambulanten Leistungen ist jedoch eine **Vorabgenehmigung** erforderlich:

Physiotherapeutische, chiropraktische und osteopathische *Behandlungen*, wenn Sie mehr als 10 Behandlungen in Anspruch genommen haben (Hinweis: Für die ersten 10 Behandlungen aufgrund einer *ärztlichen* Überweisung ist keine *Vorabgenehmigung* erforderlich).

IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

<p>Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum</p> <p>Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Abschnitten der „Ambulanten und Wellness-Behandlungen“ gezahlt werden.</p>	<p>5.000\$ 3.700€ 3.325£</p>
<p>Beratungen bei Ärzten und Fachärzten</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>650 \$ 500 € 425 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für Beratungen oder Besuche bei einem <i>Arzt</i>, die notwendig sind, um eine <i>Krankheit</i> zu diagnostizieren oder eine <i>Behandlung</i> zu vereinbaren oder zu erhalten. Wir übernehmen die Kosten für nicht-chirurgische <i>Behandlungen</i> auf <i>ambulanter</i> Basis, die von einem <i>Spezialisten</i> als <i>medizinisch notwendig</i> empfohlen werden. 	

<p>Telemedizinische Beratungen</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Es handelt sich hierbei um eine kombinierte Erstattungsgrenze mit der Leistung für Beratungen bei Ärzten und Fachärzten.</p>	<p>650 \$</p> <p>500 €</p> <p>425 £</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für Beratungen per Telefon oder Video mit einem Arzt oder Facharzt, um die Beurteilung, Diagnose, Behandlung, Aufklärung und das Pflegemanagement eines <i>Begünstigten</i> durch einen Gesundheitsdienstleister zu erleichtern.</p> <p>Telemedizinische Beratungen mit einem Gesundheitsdienstleister sind beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 erste Beratung; und • 2 Folgetermine <p>Jede weitere Sprechstunde unterliegt der vorherigen Genehmigung und erfordert einen medizinischen Bericht, der vom behandelnden Arzt vorgelegt werden muss. Der medizinische Bericht sollte Folgendes enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung des Gesundheitszustands • Behandlungsziel • Behandlungsplan und geschätzte Anzahl der noch erforderlichen Termine. <p>Wichtige Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten für Telemedizin dürfen nicht höher sein als die Kosten für eine gleichwertige persönliche Beratung. Ausgaben, die als übermäßig, unangemessen oder ungewöhnlich erachtet werden, werden nicht übernommen oder die Höhe der gezahlten Leistung wird gekürzt. • Diese Leistung wird bis zum kombinierten Höchstbetrag der Leistungen für Konsultationen bei Ärzten und Fachärzten gezahlt. 	

<p>Pathologie, Radiologie und <i>diagnostische Tests</i> (außer Fortgeschrittene Medizinische Bildgebung)</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>1.000\$</p> <p>740€</p> <p>665£</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem Facharzt als Teil der <i>ambulanten Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Blut- und Urinuntersuchungen; • Röntgenaufnahmen; • Ultraschall-Untersuchungen; • Elektrokardiogramme (EKG); und • andere <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen fortgeschrittene medizinische Bildgebung). <p>Wichtiger Hinweis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten im Rahmen dieser Leistung für <i>medizinisch notwendige</i> Untersuchungen, die <i>ambulant</i> bei Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt werden. Diese ambulanten diagnostischen Tests fallen nicht unter den Versicherungsschutz für die stationäre Behandlung von Pandemien, Epidemien und Ausbrüchen von Infektionskrankheiten. 	

<p>Physiotherapie</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.*</p>	<p>1.000\$</p> <p>740€</p> <p>665£</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen die Kosten für <i>ambulante physiotherapeutische Behandlungen</i>, die <i>medizinisch notwendig</i> sind und der Wiederherstellung der normalen Aktivitäten des täglichen Lebens dienen. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. Dies schließt jegliche sportmedizinische <i>Behandlung</i> aus. <p>* Für die Fortsetzung dieser ambulanten Behandlungen nach den ersten 10 Sitzungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich, die von unserem klinischen Team auf der Grundlage der medizinischen Notwendigkeit geprüft wird.</p>	

<p>Osteopathie und chiropraktische Behandlung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Für diese Leistung ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.*</p>	<p>650 \$ 500 € 425 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für osteopathische und chiropraktische <i>Behandlungen</i>, die <i>evidenzbasiert</i>, <i>medizinisch notwendig</i> und von einem behandelnden Facharzt empfohlen sind, wenn ein Arzt die <i>Behandlung</i> empfiehlt und eine Überweisung ausstellt. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. Dies schließt jegliche sportmedizinische <i>Behandlung</i> aus. <p>* Für die Fortsetzung dieser ambulanten <i>Behandlungen</i> nach den ersten 10 Sitzungen ist eine Vorabgenehmigung erforderlich, die von unserem klinischen Team auf der Grundlage der medizinischen Notwendigkeit geprüft wird.</p>	
<p>Akupunktur und chinesische Medizin</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>650 \$ 500 € 425 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für Konsultationen bei Akupunkteuren und Ärzten der chinesischen Medizin, wenn diese <i>Behandlungen</i> von einem Arzt empfohlen werden. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. 	
<p>Verordnete Medikamente und Verbandmittel</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>500 \$ €370 £330</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente und Verbandstoffe, die von einem Arzt <i>ambulant</i> verschrieben werden. <p>Wichtiger Hinweis</p> <ul style="list-style-type: none"> Medikamente, die von einem Arzt in den USA verschrieben und/oder von einer Apotheke in den USA geliefert werden, unterliegen unserer Liste der verschreibungspflichtigen Arzneimittel. 	
<p>Miete für dauerhafte medizinische Geräte</p> <p>Bis zu 45 Tage und der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>1.500 \$ 1.100 € 1.000 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für die Anmietung von dauerhaften medizinischen Geräten für bis zu 45 Tage je <i>Versicherungszeitraum</i>, wenn die Verwendung dieser Geräte von einem Facharzt empfohlen wird, um die <i>Behandlung</i> des <i>Begünstigten</i> zu unterstützen. Wir zahlen nur für die Miete von dauerhaften medizinischen Geräten, die: <ul style="list-style-type: none"> keine Einwegartikel sind und mehrfach verwendet werden können; einem medizinischen Zweck dienen; für die Verwendung zu Hause geeignet sind; und von einer Art sind, die normalerweise nur von einer Person verwendet wird, die an den Folgen einer Krankheit, eines Leidens oder einer Verletzung leidet. 	
<p>Impfungen für Erwachsene</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>250 \$ 185 € 165 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wir übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Schutzimpfungen, die klinisch angemessen sind. 	
<p>Zahnunfälle</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>500 \$ €370 £330</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wenn ein <i>Begünstigter</i> aufgrund von Verletzungen, die er bei einem Unfall erlitten hat, eine zahnärztliche Behandlung benötigt, übernehmen wir die Kosten für eine <i>ambulante</i> zahnärztliche Behandlung für alle gesunden natürlichen Zähne, die durch den Unfall beschädigt oder in Mitleidenschaft gezogen wurden, sofern die <i>Behandlung</i> unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall abgeschlossen wird. Um diese <i>Behandlung</i> genehmigen zu können, benötigen wir eine Bestätigung des behandelnden Zahnarztes des <i>Begünstigten</i> über: <ul style="list-style-type: none"> das Datum des Unfalls; und die Tatsache, dass es sich bei dem Zahn/den Zähnen, der/die Gegenstand der vorgeschlagenen <i>Behandlung</i> ist/sind, um einen gesunden natürlichen Zahn/Zähne handelt. Wir übernehmen die Kosten für diese <i>Behandlung</i> anstelle anderer zahnärztlicher <i>Behandlungen</i>, auf die der <i>Begünstigte</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem oder mehreren Zähnen <i>behandelt</i> werden muss. Wir zahlen nicht für die Reparatur oder Versorgung mit Zahnimplantaten, Kronen oder Prothesen im Rahmen dieses Teils des <i>Vertrags</i>. 	

<p>Tests zum Wohlbefinden von Kindern</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>1.000\$ 740€ 665£</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zahlbar für Kinder in <i>entsprechenden Altersabständen</i> bis zum Alter von 6 Jahren. • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für Routineuntersuchungen des Wohlbefindens von Kindern in den <i>entsprechenden Altersabständen</i>, die von einem <i>Arzt</i> durchgeführt werden, um eine vorbeugende Behandlung zu gewährleisten, die Folgendes umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Krankengeschichte; • körperliche Untersuchungen; • Entwicklungsbewertung; • präventive Beratung; und • geeignete Impfungen und Laboruntersuchungen für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren. <p><i>Wir</i> übernehmen die Kosten für einen Besuch beim <i>Arzt</i> in jedem der <i>entsprechenden Altersabstände</i> (bis zu insgesamt 13 Arztbesuche für jedes Kind) zum Zweck der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen.</p> • Außerdem übernehmen <i>wir</i> die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Gesundheitsuntersuchung bei der Einschulung zur Beurteilung von Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind bis zum Alter von 6 Jahren; und • Screening der diabetischen Retinopathie für Kinder über 12 Jahre, die an Diabetes leiden. 	

<p>Impfungen für Kinder</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>1.000\$ 740€ 665£</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Schutzimpfungen, die für Kinder bis zum Alter von 17 Jahren klinisch angemessen sind. 	

<p>Jährlicher Seh- und Hörtest für Kinder unter 16 Jahren</p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>Vollständige Kostenübernahme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die folgenden Routineuntersuchungen für Kinder unter 16 Jahren: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Sehtest; und • 1 Hörtest. 	

<p>Selbstbehalt (verschiedene)</p> <p>Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den <i>Sie</i> zahlen müssen, bevor Ansprüche von <i>Ihrem</i> Versicherungstarif abgedeckt werden.</p>	<p>0 \$ / 150 \$ / 500 \$ / 1.000 \$ / 1.500 \$ 0 € / 110 € / 370 € / 700 € / 1.100 € 0£ / 100£ / 335£ / 600£ / 1.000£</p>
<p>Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt und Zuzahlungshöchstbetrag</p> <p><i>Die Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil jedes Anspruchs, der nicht von <i>Ihrem</i> Versicherungstarif übernommen wird.</p> <p>Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i>, den <i>Sie</i> pro <i>Versicherungszeitraum</i> zahlen müssen.</p> <p>Der Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung des <i>Selbstbehalts</i> berechnet. Nur die Beträge, die <i>Sie</i> im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, tragen zum <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> bei.</p>	<p>Wählen Sie den gewünschten prozentualen Eigenanteil:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>und der für Sie geltende Zuzahlungshöchstbetrag ist:</p> <p>3.000 \$ 2.200 € 2.000 £</p>

IHRE WELLNESS-BEHANDLUNGSLEISTUNGEN

Die nachstehend aufgeführten Leistungen können nur von Begünstigten ab **18 Jahren** in Anspruch genommen werden. Der vom Versicherungsnehmer und allen Begünstigten gewählte Selbstbehalt gilt nur für ambulante Leistungen. Der Selbstbehalt gilt nicht für Wellness-Behandlungen, die ab Seite 31 aufgeführt sind.

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

<p>Wellness-Coaching</p> <p>Der Selbstbehalt findet keine Anwendung.</p>	<p>Enthalten</p>
<p>Wir vermitteln Ihnen einen persönlichen, qualifizierten Wellness-Coach, der speziell für die Änderung des Gesundheitsverhaltens ausgebildet ist. <i>Ihr Coach</i> wird gemeinsam mit Ihnen ein bestimmtes Wellness-Ziel festlegen, das Ihnen wichtig ist und Sie bei der Erstellung eines Wellness-Plans in einem der folgenden Schwerpunktbereiche unterstützen: Gewichtskontrolle, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Schlaf, Stressbewältigung und Tabakentwöhnung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben Zugang zu sechs vertraulichen telefonischen Coaching-Sitzungen pro Schwerpunktbereich und <i>Versicherungszeitraum</i> mit <i>Ihrem</i> persönlichen Coach, um Ihre Strategie und Motivation zur Erreichung Ihres Ziels zu entwickeln. • <i>Ihr</i> persönlicher Coach unterstützt Sie mit Ratschlägen und Empfehlungen, die Sie zwischen den 6 Coaching-Sitzungen umsetzen können, um eine dauerhafte Änderung <i>Ihrer</i> Lebensweise zu gewährleisten. <p>Da die Coaching-Sitzungen per Telefon- oder Video-Konsultationen abgehalten werden, können Sie bequem von zu Hause aus darauf zugreifen. Sie können außerdem zu einem für Sie günstigen Zeitpunkt angesetzt werden, je nach Zeitzone und Sprachpräferenz. Bitte beachten Sie, dass dies ein vertraulicher Dienst ist.</p> <p>Um die Wellness-Coaching-Leistung in Anspruch zu nehmen, nehmen Sie bitte auf einem der folgenden Wege Kontakt zu uns auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch: +1 984 810 5338 (Die Leitung ist ausschließlich für Kunden von Cigna Global Health Options bestimmt, Kunden sollten sich identifizieren • mit: „Life Management Programme“. Sie können diese Nummer direkt aus dem Bereich „Unterstützung der psychischen Gesundheit“ der Cigna Wellbeing® App wählen. • Live-Chat: zugänglich über die Website. Um sich einzuloggen, geben Sie bitte „assist“ als „company code“ ein. Um auf den Live Chat zuzugreifen, klicken Sie auf „LIVECONNECT“ oben auf der Startseite. • Fordern Sie über die Cigna Wellbeing® App einen Rückruf an. <p>Dieser Dienst wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister angeboten.</p>	

<p>Routineuntersuchungen für Erwachsene</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Der Selbstbehalt findet keine Anwendung.</p>	<p>225 \$ 165 € 150 £</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für Routineuntersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren. Die Gesundheitsanalyse kann unter anderem folgende Punkte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Messung von Größe und Gewicht • Taillenumfang • Body-Mass-Index (BMI) • Körperfettanteil • Blutdruck • Urinanalyse • Cholesterin-Test • Vollständiges Blutbild • Bewertung von Physiologie und Gleichgewicht 	

Ein Selbstbehalt, der unter dem optionalen Modul „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ gewählt wird, gilt nicht für die unten aufgeführten Leistungen.

<p>Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Für weibliche <i>Begünstigte</i> ab 25 Jahren bieten wir alle 3 Jahre Versicherungsschutz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Papanicolaou-Test (Pap-Abstrich) und • 1 HPV-DNA-Test. 	<p>Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung</p> <p>225 \$</p> <p>165 €</p> <p>150 £</p> <p>Kombinierter Gesamthöchstbetrag von 400\$</p> <p>300 €</p> <p>260 £</p>
<p>Prostatakrebs-Screening</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für 1 Prostatauntersuchung (Prostata-Spezifisches-Antigen-Test (PSA)) für männliche <i>Begünstigte</i> ab 50 Jahren. 	
<p>Brustkrebs-Früherkennung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> • Altersgruppe 35-39: 1 Basismammografie für symptomfreie Frauen. • Altersgruppe 40-49: 1 Mammographie für symptomfreie Frauen alle 2 Jahre. • ab einem Alter von 50 Jahren: 1 Mammographie pro Jahr. 	
<p>Darmkrebs-Früherkennung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Für weibliche und männliche <i>Begünstigte</i> ab 45 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einen Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOB) oder einen immunologischen Stuhltest (FIT) pro Jahr • Eine Darmspiegelung alle 7 Jahre. 	
<p>Hautkrebs-Screening</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für 1 Hautkrebsuntersuchung für Männer und Frauen ab 18 Jahren. 	
<p>Lungenkrebs-Früherkennung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für 1 Lungenkrebsuntersuchung für Männer und Frauen ab 45 Jahren, die Raucher*innen sind oder waren. 	
<p>Knochendichtemessung</p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für 1 Untersuchung zur Bestimmung der Knochendichte des <i>Begünstigten</i>, wenn diese <i>medizinisch notwendig</i> ist. 	

Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

Optionales Modul

Erhalten Sie Ihre Mundgesundheit mit der Option „Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung“. Diese Option deckt ein breites Spektrum an Präventiv-, Routine- und größeren Zahnbehandlungen ab.

IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	750 \$ €550 500 £
Vorbeugende Zahnbehandlung Nachdem der Begünstigte 3 Monate lang über diese Option versichert war. Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none">• Wir übernehmen die Kosten für die folgenden von einem Zahnarzt empfohlenen vorbeugenden Zahnbehandlungen, nachdem der Begünstigte mindestens 3 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte:<ul style="list-style-type: none">• 2 zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro Versicherungszeitraum;• Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügelaufnahmen, Einzelaufnahmen und Orthopantomogramm (OPG);• Zahnsteinentfernung und Politur, gegebenenfalls einschließlich örtlicher Anwendung von Fluorid (2 pro Versicherungszeitraum);• Ein Mund-/Zahnschutz pro Versicherungszeitraum;• 1 Nachtschiene pro Versicherungszeitraum; und• Fissurenversiegelung.	
Routine-Zahnbehandlung Nachdem der Begünstigte 3 Monate lang über diese Option versichert war. Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	Rückerstattung 80% pro Versicherungszeitraum
<ul style="list-style-type: none">• Wir erstatten die Behandlungskosten für die folgenden routinemäßigen Zahnbehandlungen, nachdem der Begünstigte mindestens 3 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte (wenn diese Behandlung für die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit erforderlich ist und von einem Zahnarzt empfohlen wird):<ul style="list-style-type: none">• Wurzelbehandlung;• Extraktionen;• Chirurgische Eingriffe;• gelegentliche Behandlungen;• Anästhesie; und• Parodontosebehandlung.	
Größere wiederherstellende Zahnbehandlung Nachdem der Begünstigte 12 Monate lang über diese Option versichert war. Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	70% Rückerstattung pro Versicherungszeitraum
<ul style="list-style-type: none">• Wir erstatten die Behandlungskosten für die folgenden größeren restaurativen Zahnbehandlungen, nachdem der Begünstigte mindestens 12 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte:<ul style="list-style-type: none">• Zahnersatz (Acryl/Kunststoff, Metall und Metall/Acryl);• Kronen;• Inlays; und• Einsetzen von Zahnimplantaten.• Benötigt ein Begünstigter eine größere restaurative Zahnbehandlung, bevor er 12 Monate lang die Option „Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung“ in Anspruch genommen hat, übernehmen wir 50% der Behandlungskosten.	

Ausschlüsse für Zahnbehandlungen

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

Wir übernehmen die Kosten nicht für:

- Rein kosmetische Behandlungen oder andere Behandlungen, die für die Erhaltung oder Verbesserung der Mundgesundheit nicht notwendig sind.
- Den Ersatz eines verlorenen oder gestohlenen zahnmedizinischen Geräts oder die damit verbundenen Behandlungen.
- Den Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines Zahnersatzes, der (nach angemessener Einschätzung eines Zahnarztes mit normaler Kompetenz und Fachkenntnis im Land des gewöhnlichen Wohnsitzes des Begünstigten) repariert und nutzbar gemacht werden kann.
- Ersatz von Brücken, Kronen oder Zahnersatz innerhalb von fünf (5) Jahren nach ihrer ursprünglichen Anfertigung, es sei denn:
 - die Brücke oder Zahnprothese wurde während des Gebrauchs infolge eines Zahnschadens, den der Begünstigte während des Versicherungsschutzes im Rahmen dieses Vertrags erlitten hat, irreparabel beschädigt;
 - der Ersatz ist notwendig, weil der Begünstigte die Extraktion eines gesunden natürlichen Zahns/von gesunden natürlichen Zähnen benötigt; oder
 - der Ersatz ist wegen des Einsetzens einer ursprünglichen Gegenprothese erforderlich.
- Verblendschalen (Veneers) aus Acryl oder Porzellan.
- Kronen oder Brücken auf oder anstelle der oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähne, es sei denn:
 - sie bestehen entweder aus Porzellan, das mit Metall verbunden ist, oder aus reinem Metall, z.B. aus einer Goldlegierung; oder
 - eine provisorische Krone oder ein Brückenglied ist im Rahmen einer zahnärztlichen Routine- oder Notfallbehandlung erforderlich.
- Behandlungen, Verfahren und Materialien, die experimentell sind oder nicht den anerkannten zahnmedizinischen Standards entsprechen.
- Behandlungen von Zahnimplantaten, die in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen mit:
 - einer unzureichenden Einpassung des Implantats;
 - einem Scheitern der Osseointegration;
 - Periimplantitis;
 - Ersatz von Kronen, Brücken oder Zahnersatz; oder
 - Unfällen oder Notfallbehandlungen, auch für Prothesen.
- Beratung in Bezug auf Plaquekontrolle, Mundhygiene und Ernährung.
- Dienstleistungen und Zubehör, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Mundwasser, Zahnbürste und Zahnpasta.
- Medizinische Behandlungen, die im Krankenhaus von einem Kieferorthopäden durchgeführt werden, können im Rahmen Ihrer Basisleistungen und/oder der Option „Ambulante und Wellness-Behandlungen“ abgedeckt werden, sofern diese Option abgeschlossen wurde, es sei denn, eine Zahnbehandlung ist der Grund für Ihren Aufenthalt im Krankenhaus.
- Bissregistrierung, Präzisions- oder Semipräzisionsgeschiebe.
- Jegliche Behandlungen, Verfahren, Hilfsmittel oder Restaurationen (außer Vollprothesen), deren Hauptzweck darin besteht:
 - die vertikalen Dimensionen zu verändern;
 - Diagnose oder Behandlung von Erkrankungen oder Funktionsstörungen des Kiefergelenks;
 - periodontal angegriffene Zähne zu stabilisieren; oder
 - die Okklusion („Schlussbissstellung“) zu korrigieren.



**Stärkung von Gesundheit
und Vitalität unserer
Kunden**

Kontaktaufnahme

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



NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live-Chat mit uns
Nachricht an uns
Rückruf vereinbaren



RUFEN SIE UNS AN

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



Alternativ können Sie uns eine E-Mail schicken an:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

Nähere Informationen über die *Cigna Healthcare*-Gesellschaft, die Ihnen im Rahmen Ihres Vertrags Versicherungsschutz bietet, finden Sie in Ihren *Versicherungsbedingungen* und in Ihrer *Versicherungsbescheinigung*.

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

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

„Cigna Healthcare“ und das „Tree of Life“-Logo sind eingetragene Dienstleistungsmarken der Cigna Intellectual Property, Inc., lizenziert für die Verwendung durch The Cigna Group und deren operative Tochtergesellschaften. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu den operativen Tochtergesellschaften gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare.

200593 CIGNA CLOSE CARE CUSTOMER GUIDE DE 09/2024