



Cigna Global Health Options

Kundenleitfaden

Alles, was Sie über Ihre Versicherung wissen müssen



Möchten Sie mit uns in Verbindung treten?

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



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



Rufen Sie uns an

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

*Bei bestimmten Fragen kann Sie unser Kundendienst an unser internes Expertenteam weiterleiten. Es ist während der Geschäftszeiten gern für Sie da (montags bis freitags von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr MEZ).

Inhalt

[Seite 4:](#)
Ihre Krankenversicherung verstehen

[Seite 5:](#)
Willkommen bei Cigna Healthcare

[Seite 6:](#)
Unsere Unterstützung bei stationären Belangen

[Seite 7:](#)
Verwaltung Ihrer Police

[Seite 8:](#)
Zugang zur Gesundheitsversorgung

[Seite 9:](#)
Eine Behandlung vereinbaren

[Seite 11:](#)
Zugang zur Behandlung – Beispiele

[Seite 13:](#)
Einreichen von Erstattungsanträgen

[Seite 14:](#)
Cigna Wellbeing® App

[Seite 15:](#)
Ihr persönliches Gesundheitsmanagement

[Seite 16:](#)
Leistungsübersicht

[Seite 16:](#) Internationale Krankenversicherung

[Seite 26:](#) Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

[Seite 32:](#) Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

[Seite 37:](#) Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus®

[Seite 41:](#) Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen

[Seite 43:](#)
Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

[Seite 45:](#)
Wussten Sie schon...? und Häufig gestellte Fragen

[Seite 47:](#)
Begriffsbestimmungen

[Seite 49:](#)
Wichtige Informationen



Ihre Krankenversicherung verstehen

Sie haben einen Tarif gewählt, der Ihren individuellen Bedürfnissen entsprechen soll. Wenn Sie nun Ihren Kundenleitfaden lesen und den gesamten Umfang des von uns angebotenen Versicherungsschutzes entdecken, ziehen Sie bitte Ihre Versicherungsbescheinigung hinzu, um sich in Erinnerung zu rufen, welche optionalen Leistungen Sie als Ergänzung zu Ihrer Basisversicherung, der Internationalen Krankenversicherung, gewählt haben.

In diesem Dokument haben wir einige wichtige Begriffe in **Fettdruck** hervorgehoben. Weitere Erläuterungen zu diesen Schlüsselbegriffen finden Sie im [Abschnitt Begriffsbestimmungen](#).

Bitte lesen Sie diesen Kundenleitfaden **zusammen** mit Ihren Versicherungsbedingungen und Ihrer Versicherungsbescheinigung, da diese Bestandteil Ihres Vertrags zwischen Ihnen und uns für diesen **Versicherungszeitraum** sind. Bitte beachten Sie, dass der Mindestversicherungszeitraum dieser Police drei Monate beträgt. Weitere Informationen finden Sie in Ihrem Dokument mit den Versicherungsbedingungen. Sie können es in Ihrem Online-Kundenbereich abrufen.

Wenn wir den Begriff „Sie“ verwenden, beziehen wir uns auf Sie als Versicherungsnehmer sowie alle anderen Begünstigten, die auf Ihrer Versicherungsbescheinigung genannt werden und im Rahmen dieser Police versichert sind, einschließlich Neugeborener.

Wenn wir die Begriffe „wir“, „uns“ und „unser“ verwenden, beziehen wir uns auf Cigna Healthcare, den Versicherer dieser Police. Nähere Informationen zum Rechtsträger Cigna Healthcare finden Sie auf Seite 3 des Dokuments mit den Versicherungsbedingungen.



Willkommen bei Cigna Healthcare

Danke, dass Sie sich für Cigna Global Health Options entschieden haben, um sich und Ihre Familie zu schützen. Unser Leitbild ist die Stärkung der Gesundheit und Vitalität unserer Kunden, und wir sind Experten darin, Sie und Ihre Familie hierbei weltweit und umfassend zu unterstützen.



Der Mensch steht für uns an erster Stelle

Das bedeutet, dass Sie immer ein Höchstmaß an Service und Betreuung erwarten können:

- **Unser mehrsprachiger Kundendienst steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung**
- **Die Bearbeitung Ihrer Kostenübernahmeerklärung sollte stets innerhalb von einer Stunde erfolgen**
- **Die von Ihnen eingereichten Erstattungsanträge sollten in der Regel innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen bearbeitet sein**

Wir sind Ihr Whole Health-Partner

Unsere Aufgabe ist es, Sie auf dem Weg zu umfassendem Wohlbefinden zu unterstützen, indem wir:

- **Über unser klinisches Fallmanagement die medizinische Fachkompetenz unseres klinischen Teams zu Ihnen bringen**
- **Ihnen mit unserer Cigna Wellbeing App den Zugang zu Diensten wie Global Telehealth erleichtern**
- **Als Teil unseres optionalen Angebots für Gesundheit und Wohlbefinden den Fokus auf Ihre Vorsorgeuntersuchungen und Ihr psychisches Wohlbefinden legen**

Unsere globale Expertise

Über uns erhalten Sie Zugang zu einem globalen Netzwerk vertrauenswürdiger Krankenhäuser, Kliniken und Ärzte, darunter:

- **300.000 Gesundheitsdienstleister**
- **67.000 Vertragsapotheken**
- **Über 150 interne Ärzte und Pflegefachkräfte**

Unsere Unterstützung bei stationären Belangen

Wussten Sie schon...?

Den Zugang zu unserer Unterstützung bei stationären Belangen erhalten Sie über unseren Kundendienst. Die Kontaktdaten finden Sie auf [Seite 2](#).

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Ihnen und Ihrer Familie zu einem glücklicheren und gesünderen Leben zu verhelfen – dank unserer klinischen Expertise. Wie unser engagiertes Team aus Ärzten und Pflegefachkräften Sie unterstützen kann, erfahren Sie unten.

Fühlen Sie sich auf Ihrer medizinischen Reise in guten Händen

Fallmanagement

- Eine Ihnen zugewiesene Pflegefachkraft ist Ihr zentraler Ansprechpartner
- Sie erhalten kontinuierlich individuelle Beratung und Unterstützung
- Wir erstellen Ihnen maßgeschneiderte Behandlungspläne bei komplexen Erkrankungen.

Management chronischer Erkrankungen

Sie erhalten Unterstützung von einer spezialisierten Pflegefachkraft, wenn Sie an einer chronischen Erkrankung leiden, wie:

- Prädiabetes und Diabetes
- Bluthochdruck
- Schmerzen bei Erkrankungen des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln oder Nerven)
- Arthritis

Die Unterstützung umfasst:

- Erstellung eines spezifischen Behandlungsplans mit erreichbaren Zielen
- Überwachung Ihres Gesundheitszustands mit regelmäßigen Visiten und Auswertungen
- Prüfung der nächsten Behandlungsschritte, sofern medizinisch notwendig*

Rückversicherung dank ärztlicher Zweitmeinung

Programm zur Unterstützung bei Behandlungsentscheidungen

Dieses Programm bietet Beratung und Empfehlungen zu Ihrer individuellen Diagnose, und beinhaltet:

- Zugang zu führenden medizinischen Experten für eine ärztliche Zweitmeinung
- Erste Kontaktaufnahme innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt Ihrer Krankenvorgeschichte
- Einen ärztlichen Bericht mit der Meinung des medizinischen Experten zu Ihrer Diagnose und Ihrem Behandlungsplan
- Weitere Antworten und Erläuterungen zu Ihren Fragen

* Dieses Programm ist für Sie verfügbar, auch wenn die chronische Erkrankung im Rahmen Ihrer Police von der Deckung ausgeschlossen ist. Die physische Behandlung einer von der Versicherungsdeckung ausgeschlossenen Erkrankung ist indessen nicht gedeckt.

Verwaltung Ihrer Police

Als Cigna Global Health Options-Kunde 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, klicken Sie [hier](#).



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

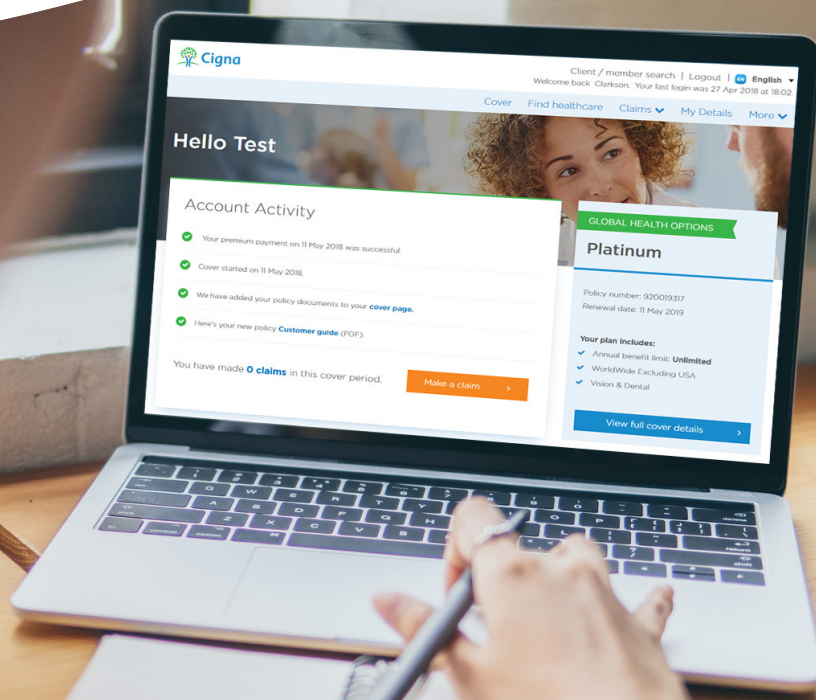


Geben Sie zunächst die E-Mail-Adresse ein, die Sie uns mitgeteilt haben, und dann Ihr Passwort.

Sollten Sie Probleme haben, auf den Kundenbereich zuzugreifen, wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst. Die Kontaktdaten finden Sie auf [Seite 2](#).

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

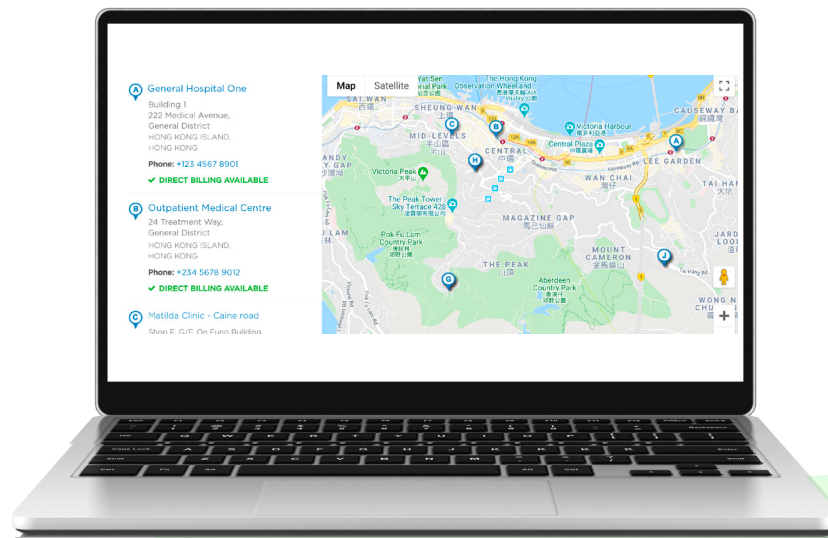
- Ihre Versicherungsunterlagen einsehen, einschließlich Ihrer Versicherungsbescheinigung und der Cigna Healthcare-Mitgliedskarten für alle Begünstigten;
- Alle für Ihre Police geltenden besonderen Ausschlüsse einsehen;
- Die in Ihrem Tarif enthaltenen Leistungen einsehen;
- Die Übersicht über Ihre Prämienzahlungen einsehen;
- Die gesamte Korrespondenz mit uns einsehen;
- Auf einfache Weise Ihre Erstattungsanträge einreichen und deren Status verfolgen;
- Ihre Angaben bei Bedarf aktualisieren.



Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mit unserem Suchtool können Sie schnell und unkompliziert Gesundheitsdienstleister an Ihrem Standort finden. Sie können eine Feinabstimmung Ihrer Suche nach medizinischem Fachgebiet, Art der Einrichtung oder Gesundheitsdienstleister vornehmen.

Sie erhalten eine übersichtliche Aufstellung der Gesundheitsdienstleister mit Direktabrechnungsverfahren sowie eine Karte, aus der genau hervorgeht, wo Sie sich in Relation zu den Gesundheitsdienstleistern 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 sollen.



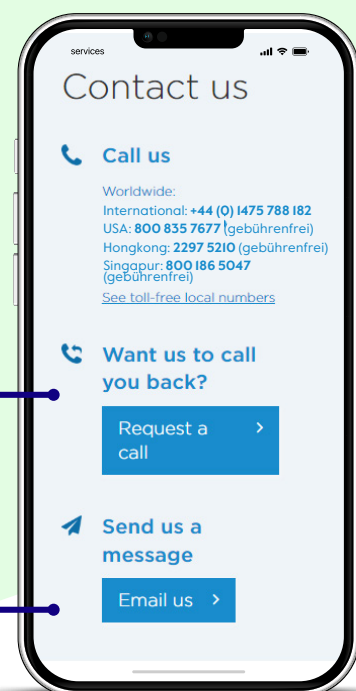
Live-Chat



Einen Rückruf anfordern



Nachricht an uns



Eine Behandlung vereinbaren

Welche Art Behandlung oder Beratung benötigen Sie?

Stationäre oder teilstationäre Behandlung

- Langer Krankenhausaufenthalt
- Krankenhausaufenthalt vor und nach einer Operation
- Routineoperation am selben Tag
- Geplante laufende Behandlung
- Einweisung in eine Fachabteilung
- Schwangerschaftsbetreuung während der Entbindung

Wenn beispielsweise eine Operation nach einem Herzinfarkt erforderlich ist, werden die Kosten für diagnostische Tests, OP und Krankenhausaufenthalt im Rahmen der stationären und teilstationären Behandlung übernommen. Siehe [Seite II](#).

Ambulante Behandlung

- Sprechstunden bei einem Arzt
- Blutbild und andere diagnostische Tests
- Röntgenaufnahmen und Scans
- Physiotherapietermin
- Akupunkturtermin
- Kleinere Behandlungen (z. B. Nähen)
- Verschriebene Medikamente

Zum Beispiel ein Diagnosetest, eine Gripeschutzimpfung oder die Entfernung eines Leberflecks. Siehe [Seite I2](#).

Müssen Sie sich zuvor mit Cigna Healthcare in Verbindung setzen?

Vor diesen Behandlungen müssen Sie eine vorherige Genehmigung einholen.

Bitte wenden Sie sich so schnell wie möglich an den Kundendienst, um sicherzustellen, dass Ihre Behandlung abgedeckt ist.

Wenn Sie keine vorherige Genehmigung eingeholt haben:

- Verzögert sich die Bearbeitung der Erstattungsanträge
- Verringert sich die Kostenübernahme um 20%

In den meisten Fällen ist eine vorherige Genehmigung nicht erforderlich.

Die Zahl der ambulanten Behandlungen, die eine vorherige Genehmigung erfordern, ist begrenzt. Sie finden Sie auf [Seite 26](#).

Hinweis: Im Notfall:

- Kommt die Behandlung zuerst; eine vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich
- Rufen Sie oder ein Familienmitglied uns innerhalb von 48 Stunden nach der anfänglichen Behandlung an
- Wir bestätigen die Behandlung und vereinbaren die Abrechnung mit dem Gesundheitsdienstleister
- Gehört der Gesundheitsdienstleister nicht dem Cigna Healthcare-Netzwerks an, können wir mit Ihrer Einwilligung entscheiden, die Behandlung mit einem ausgewählten Gesundheitsdienstleister fortzusetzen.



Wo können Sie sich behandeln lassen? Können Sie sich Ihren bevorzugten Gesundheitsdienstleister auswählen?

Dienstleistersuche

Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung kann Ihnen unser Kundendienst bei der Suche nach dem nächstgelegenen Cigna Healthcare-Netzwerk-Gesundheitsdienstleister helfen, während Sie die erforderliche vorherige Genehmigung anfordern.

Alternativ können Sie die Dienstleistersuche in Ihrem Online-Kundenbereich nutzen.

Auswahl der Gesundheitsdienstleister

Außerhalb der USA:

Da Sie für die meisten ambulanten Behandlungen keine vorherige Genehmigung benötigen, können Sie sich für den Dienstleister Ihrer Wahl entscheiden.

Innerhalb der USA:

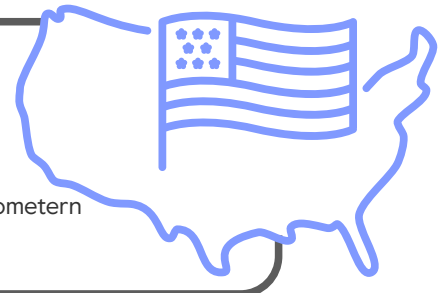
Für jede ambulante Behandlung wird empfohlen, innerhalb des Cigna Healthcare-Netzwerks zu bleiben.

Behandlung in den USA

Wenn Sie sich für einen Gesundheitsdienstleister außerhalb des Netzwerks entscheiden, reduzieren wir den von uns übernommenen Betrag um **20%**.

Diese verringerte Kostenübernahme gilt nicht in den folgenden Fällen:

- Kein Cigna Healthcare-Netzwerk-Gesundheitsdienstleister im Umkreis von 30 Meilen/50 Kilometern
- Behandlung nirgendwo anders verfügbar
- Notfallbehandlung.



Müssen Sie für Ihre Behandlung Kosten auslegen?

Kostenübernahmeerklärung

In den meisten Fällen stellen wir Ihnen und/oder dem Gesundheitsdienstleister Ihrer Wahl im Rahmen der vorherigen Genehmigung eine Kostenübernahmeerklärung aus. Dies bedeutet, dass wir im Voraus vereinbaren, die bei einem Gesundheitsdienstleister für eine bestimmte Behandlung auf Basis der geschätzten Gebühren anfallenden Kosten teilweise oder vollumfänglich übernehmen.

Wenn wir eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben, zahlen wir dem Gesundheitsdienstleister den vereinbarten Betrag nach Erhalt eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der entsprechenden Rechnung, nachdem die Behandlung abgeschlossen wurde. Besteht eine Unterdeckung zwischen der vereinbarten Kostenübernahmeerklärung und dem Honorar des Gesundheitsdienstleisters werden wir die Differenz gemäß unserem Erstattungsantrag-Zuerkennungsverfahren prüfen.

Eine Behandlung erhalten

Stationäre und teilstationäre Behandlungen

Nach Erhalt der erforderlichen vorherigen Genehmigung und einer Kostenübernahmeerklärung für die geschätzten Behandlungskosten bei dem gewählten Gesundheitsdienstleister können Sie Ihren Krankenhausaufenthalt planen oder Ihre Behandlung vereinbaren.

Ambulante und präventive Behandlungen

Da Sie für Ihre alltäglichen medizinischen Bedürfnisse keine vorherige Genehmigung benötigen, stellen wir in diesen Fällen keine Kostenübernahmeerklärung aus. Sie können also gleich Ihren Arzt oder Facharzt aufsuchen.

Ebenso können Sie einen jährlichen Gesundheitscheck oder ein Krebscreening vereinbaren, ohne zuvor unseren Kundendienst zu kontaktieren.

Eine Behandlung erhalten – Denken Sie daran, eine Kopie Ihrer Cigna Healthcare-Mitgliedskarte mitzunehmen. Diese ist in Ihrem Online-Kundenbereich als Download verfügbar.



Begleichung der Arztrechnung(en) nach einer Behandlung

Hohe Rechnungen zahlen wir dem Gesundheitsdienstleister in den meisten Fällen direkt

Für die meisten stationären/teilstationären Behandlungen leisten wir die Zahlung direkt an das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt:

- über eine Direktabrechnungsvereinbarung
- über die Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung

Hinweise:

- Wir zahlen nur den Teil der entstandenen Behandlungskosten, der abgedeckt ist.
- Es ist Ihre Aufgabe, den Selbstbehalt oder die Kostenbeteiligung zum Zeitpunkt der Behandlung direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zu zahlen.

Wenn Sie den Gesundheitsdienstleister bezahlt haben

Reichen Sie uns Ihre Rechnung und die Erstattungsanträge innerhalb von 12 Monaten ab dem Datum der Behandlung ein. Sie können Erstattungsanträge online über Ihren sicheren Online-Kundenbereich oder per E-Mail, Fax oder Post einreichen.

Nähere Informationen darüber, wie Sie einen Erstattungsantrag einreichen, finden Sie auf [Seite I3](#).

Hinweise:

- Wir erstatten Ihnen die Kosten (abzüglich des/der für Sie geltenden Selbstbehalts und/oder Kostenbeteiligung).
- Von Ihnen eingereichte Erstattungsanträge bearbeiten wir in der Regel innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen.

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

Wichtig:

- In manchen Ländern können wir einen Gesundheitsdienstleister möglicherweise nicht direkt bezahlen. In diesem Fall ist es Ihre Aufgabe, die Zahlung der Behandlungskosten an Ihren Gesundheitsdienstleister zu leisten, und Cigna Healthcare wird Ihnen die Kosten dann erstatten.
- Wir können nach eigenem Ermessen und ohne Vorankündigung Änderungen am Cigna Healthcare-Netzwerk vornehmen, indem wir Krankenhäuser, Kliniken, Haus- und Fachärzte oder Apotheken auf- und/oder herausnehmen.

Beispiel 1: Krankenhausaufenthalt

Sie wollen wissen, wie Ihre Police funktioniert?

Der Pfad unten liefert ein Beispiel für eine Versicherte, die stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden muss, und wie Cigna Healthcare sie hierbei unterstützt.

Wussten Sie schon...?

Ein **stationärer Patient** ist ein Patient, der aus medizinischen Gründen in ein Krankenhaus eingewiesen wird und über Nacht oder länger ein Bett belegt. Ein Beispiel für eine stationäre Behandlung ist die Operation nach einem Herzinfarkt, nach der Patienten die darauffolgende Nacht im Krankenhaus verbleiben müssen

Profil: Linda Alter: 55 Tarif: CGHO Silver

Linda wird nach einem mutmaßlichen Herzinfarkt bei sich zu Hause schnell ins Krankenhaus gebracht.

- **Beanspruchte Leistung:**
[Lokaler Krankentransport](#)
- **Vorherige Genehmigung:**
Da es sich um einen Notfall handelt, braucht Linda zuvor nicht unseren Kundendienst anzurufen.



Linda trifft im Krankenhaus ein.

- **Behandlung:** Linda wird darüber informiert, dass sie operiert werden muss
- **Beanspruchte Leistung:**
[Krankenhauskosten](#)
- **Vorherige Genehmigung:** Erforderlich*
- **Kostenübernahmeerklärung:** Im Rahmen der vorherigen Genehmigung ausgestellt

Nach erfolgreicher Operation benötigt Linda eine Reha-Behandlung im Krankenhaus.

- **Beanspruchte Leistung:**
[Rehabilitation](#)
- **Vorherige Genehmigung:**
Erforderlich*
- **Kostenübernahmeerklärung:**
Im Rahmen der vorherigen Genehmigung ausgestellt



Nach erfolgreicher Operation und anschließender Reha-Behandlung wird Linda aus dem Krankenhaus entlassen, um sich zu Hause vollständig zu erholen.

- **Abrechnung:** Da Linda die erforderliche vorherige Genehmigung eingeholt hat, werden ihre Arztrechnungen von Cigna Healthcare mit dem Krankenhaus direkt abgerechnet.

*Da Linda nicht in der Lage war, den Kundendienst selbst anzurufen, konnte ihre Tochter, die in Lindas Police als Dritte eingetragen ist, mit einem Kundendienstmitarbeiter sprechen, um vor Behandlungsbeginn eine vorherige Genehmigung und Kostenübernahmeerklärung zu erhalten.

Beispiel 2: Behandlung ohne Krankenhausaufenthalt

Sie wollen wissen, wie Ihre Police funktioniert?

Der Pfad unten liefert ein Beispiel für einen Versicherten, der eine ambulante Behandlung benötigt, und wie Cigna Healthcare ihn hierbei unterstützt.

Profil: William Alter: 65 Tarif: CGHO Platinum

Gewählte Zusatzversicherung: Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Wussten Sie schon...?

Ein ambulanter Patient ist ein Patient, der zur Behandlung den Tagesklinikbereich eines Krankenhauses, eine Arztpraxis oder eine Tagesklinik aufsucht, aber weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

William fühlt sich unwohl und geht zu seinem Hausarzt, um über seine Symptome zu sprechen.

Beanspruchte Leistung: Sprechstunden und ambulante Behandlungen bei Ärzten

Vorherige Genehmigung:
Nicht Erforderlich

Erstattungsantragsverfahren:
Nicht Erforderlich*



Der Arzt überprüft Williams Symptome und verschreibt ein Antibiotikum.

Leistung: Verordnete Medikamente und Verbandmittel

Vorherige Genehmigung: Nicht Erforderlich
Erstattungsantragsverfahren: Erforderlich**

William weist seinen Arzt auch auf einen Leberfleck hin, den er von ihm untersuchen lassen möchte.

Er vereinbart einen Folgetermin.

Vorherige Genehmigung:
Nicht Erforderlich



Zwei Wochen nach der Erstkonsultation lässt sich William den Leberfleck in der Arztpraxis erfolgreich entfernen.

Leistung: Konsultationen von Ärzten und Fachärzten

Vorherige Genehmigung: Nicht Erforderlich
Erstattungsantragsverfahren: Nicht Erforderlich*

Eine Woche später kehrt William zurück in die Praxis, um sich die Fäden ziehen zu lassen. Weitere Nachsorgetermine sind nicht erforderlich.

Leistung: Konsultationen von Ärzten und Fachärzten

Vorherige Genehmigung: Nicht Erforderlich
Erstattungsantragsverfahren: Nicht Erforderlich*



*William nutzt die Dienstleistersuche in seinem Online-Kundenbereich, um die nächstgelegene Arztpraxis aus dem Cigna Healthcare-Netzwerk zu finden. Hinsichtlich der Deckung muss William wie bei den meisten ambulanten Behandlungen vor Behandlungsbeginn keine vorherige Genehmigung einholen. Da der Arzt ein Cigna Netzwerk-Gesundheitsdienstleister ist, geht die Rechnung direkt an Cigna Healthcare. Für William bedeutet dies, dass er für Netzwerk-Arztbesuche keine Erstattungsanträge einreichen muss.

**Wenn die Apotheke, bei der William sein verordnetes Medikament abholt, dem Cigna Healthcare-Netzwerk nicht angehört, muss William die Kosten für das Medikament im Voraus zahlen und anschließend einen Erstattungsantrag stellen. Derzeit können Cigna Healthcare-Mitglieder nur in den USA auf das Cigna Healthcare-Apothekennetzwerk zugreifen. Hier werden Überprüfung und Lieferung automatisch durchgeführt, ohne dass die Kosten für das Medikament zunächst ausgelegt werden müssen.

Einreichen von Erstattungsanträgen

Wenn Sie Ihre Behandlung selbst bezahlt haben, können Sie uns die entsprechende 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 von Ihrem sicheren Online-Kundenbereich oder www.cignaglobal.com/help/claim herunterladen.

Sie können Ihre Anträge einreichen über:

- Ihren sicheren Online-Kundenbereich (siehe [Seite 7](#))
- E-Mail: cghoclaims@cigna.com
- Post: **Für erhaltene Behandlungen:**
- Fax: +44 (0) 1475 492 113 (Außerhalb der USA); 855 358 6457 (Innerhalb der USA)

Außerhalb der USA, Hongkong oder Singapur	Cigna Global Health Options, Customer Service, I Knowe Road, Greenock Scotland PA15 4RJ
Innerhalb der USA	Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, USA
In Hongkong	Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd, Cigna Global Health Options, Customer Service, 16/F, International Trade Tower, 348 Kwun Tong Road, Kwun Tong, Kowloon, Hongkong SAR
In Singapur	Business Services Team, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch, Cigna Global, Health Singapore, 152 Beach Road, #33-05/06, The Gateway East, Singapore 189721

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 Antrag und Rechnung nicht innerhalb von 12 Monaten nach der Behandlung bei uns eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch uns.

Vorbehaltlich der Bedingungen dieser Police übernehmen wir im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag die folgenden Kosten:

- Kosten, die in der Leistungsübersicht 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 für den Begünstigten medizinisch notwendig und klinisch angemessen 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 Honorare am Ort der Behandlung und gemäß der gängigen klinischen und medizinischen Praxis.
- Wenn Sie eine Teilerstattungsgrenze oder die jährliche Gesamterstattungsgrenze überschreiten, fordern wir von Ihnen die Begleichung der Kosten, bei denen Sie Ihre Grenze überschritten haben.

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.

Wussten Sie schon...?

Sie können jederzeit mit einem Arzt sprechen, indem Sie mit ihm über Global Telehealth in der Cigna Wellbeing App einen virtuellen Termin vereinbaren.

Zugang zur Gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

Die Cigna Wellbeing® App ist der einfachste Weg, um auf Global Telehealth zuzugreifen. Verwenden Sie dieselbe E-Mail-Adresse und dasselbe Passwort wie für Ihren Online-Kundenbereich, um auf die Dienste der Cigna Wellbeing App 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 per Telefon oder Video statt.



SICH BESSER FÜHLEN

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

Warum Global Telehealth nutzen?

Es ist praktisch.

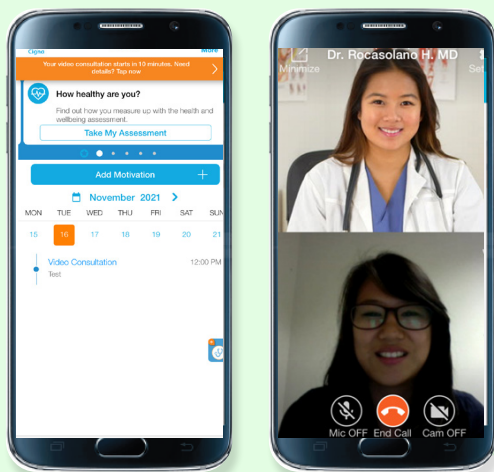
Sie müssen weder Ihr Haus noch Ihren Arbeitsplatz verlassen.

Es 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).

Es ist erschwinglich.

Global Telehealth ist eine Alternative zu einem Besuch in der Arztpraxis oder einer Klinik – ohne Selbstbehalt oder Kostenbeteiligung und ohne Begrenzung der Zahl der vereinbarten Konsultationen.



Laden Sie sich die App noch heute kostenlos auf Ihr mobiles Gerät und schon sind Sie bereit.

Ihr persönliches Gesundheitsmanagement

Gesundheitsanalysen

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

- **Ihren Gesundheitsscore**
- **Ihre positiven Gewohnheiten**
- **Die verbesserungswürdigen Bereiche**
- **Alle Risikobereiche**

Die gezielten Gesundheitsanalysen gehen tiefer, um zu beurteilen, ob Sie sich gesund ernähren, sich ausreichend bewegen, gut schlafen und Stress bewältigen können.

Management chronischer Erkrankungen

Dieses Programm, das von unseren sehr erfahrenen Pflegekräften geleitet wird, hilft Ihnen beim Umgang mit Ihren chronischen Erkrankungen, insbesondere:

- **Diabetes**
- **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**

Wussten Sie schon...?

In der [Cigna Wellbeing App](#) können Sie auf Gesundheitsanalysen zugreifen und Ihre biometrischen Gesundheitsdaten verfolgen.

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**



Internationale Krankenversicherung

Unsere Tarife umfassen 3 verschiedene Leistungsstufen: Silver, Gold und Platinum.

Die internationale Krankenversicherung ist Ihr essenzieller Versicherungsschutz für Kosten in Verbindung mit stationären und teilstationären Behandlungen und Unterbringungskosten sowie mit Krebsbehandlungen, psychischer Gesundheitsversorgung und vielem mehr.

Gemäß unseren Begriffsbestimmungen in Ihrem Dokument 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 Beispiel für eine stationäre Behandlung ist die Operation nach einem Herzinfarkt, nach der Patienten die darauffolgende Nacht im Krankenhaus verbleiben müssen.
- 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. Ein Beispiel für eine teilstationäre Behandlung wäre ein Krankenhausaufenthalt für die Chemotherapie im Rahmen der Krebsbehandlung oder eine Endoskopie im Rahmen der diagnostischen Untersuchung.
- Ein **ambulanter Patient** ist ein Patient, der zur Behandlung den Tagesklinikbereich eines Krankenhauses, eine Arztpraxis oder eine Tagesklinik aufsucht, aber weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt. Ein Beispiel für eine ambulante Behandlung ist der Besuch einer Tagesklinik, um sich einen Leberfleck entfernen zu lassen, d. h. eine Behandlung, für die Sie nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen und für die keine Vollnarkose erforderlich ist.

Manche der in der internationalen Krankenversicherung enthaltenen Leistungen (Krebsbehandlung, erweiterte bildgebende Verfahren und psychische Gesundheitsversorgung) bieten Versicherungsschutz für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen. Für alle anderen Leistungen müssen Sie Ihren Tarif um das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ ergänzen, damit ambulante Behandlungen abgedeckt sind, wie in den Leistungsbeschreibungen angegeben.

Wichtiger Hinweis: Alle stationären und teilstationären Behandlungen bedürfen einer **vorherigen Genehmigung**. Weitere Informationen zur vorherigen Genehmigung finden Sie auf [Seite 9](#), die Kontaktinformationen entnehmen Sie bitte [Seite 2](#). Die allgemeinen Ausschlüsse finden Sie in Ihrem Kundenbereich im Dokument mit den Versicherungsbedingungen.

Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum	Silver	Gold	Platinum
Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Abschnitten der Internationalen Krankenversicherung gezahlt werden.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Vollständige Kostenübernahme

Krankenhauskosten	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Einzelzimmer	Einzelzimmer	Einzelzimmer

- Pflege & Unterbringung für stationäre & teilstationäre Behandlung und Aufwachraum
- Operationssaal
- Verordnete Medikamente, Tabletten und Verbandmittel nur bei stationärer oder teilstationärer Behandlung
- Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer erweiterte bildgebende Verfahren. Erweiterte bildgebende Verfahren sind gemäß einer besonderen Leistung abgedeckt)
- Intensivpflege: Intensivtherapie, Koronarversorgung und Intensivüberwachungspflege
- Honorare für Chirurgen und Anästhesisten
- Sprechstundengebühren für stationäre und teilstationäre Fachärzte
- Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung.

Wir arbeiten mit Ihnen und Ihrem Arzt zusammen, um sicherzustellen, dass Sie die angemessene Versorgung und Behandlung in der richtigen medizinischen Einrichtung erhalten.

Wichtiger Hinweis:

- Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit: Krebs, psychischer Gesundheit und MRT-Scans. Die Kosten für sonstige ambulante Behandlungen werden nur übernommen, wenn der Begünstigte im Rahmen des Moduls „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ versichert ist.

Krankenhausunterbringung für einen Elternteil oder Erziehungsberechtigten Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Silver	Gold Aktualisiert	Platinum
	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Vollständige Kostenübernahme
Wenn ein Begünstigter, der unter 18 Jahre alt ist, stationär behandelt werden und über Nacht im Krankenhaus bleiben muss, übernehmen wir auch die Kosten für die Krankenhausunterbringung für einen Elternteil oder Erziehungsberechtigten, sofern eine Unterbringung im selben Krankenhaus verfügbar ist und die Kosten angemessen sind. Wir übernehmen die Kosten der Krankenhausunterbringung für einen Elternteil oder Erziehungsberechtigten nur dann, wenn die Behandlung, die der Begünstigte während seines Krankenhausaufenthalts erhält, durch diese Police gedeckt ist.			

Pandemien, Epidemien und Ausbrüche von Infektionskrankheiten Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen von Krankheiten, die auf eine Pandemie, Epidemie oder den Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die medizinisch notwendige Behandlung und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden sowohl auf stationärer als auch auf teilstationärer Basis übernommen. Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen nur, wenn der Begünstigte im Rahmen des Moduls „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ versichert ist. Wichtiger Hinweis: Die medizinisch notwendigen Untersuchungen, 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 „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ 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.			

Krankenhaustagegeld Pro Nacht bis zu 30 Tagen pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	Silver	Gold Aktualisiert	Platinum
	100 \$ 75 € 65 £	150 \$ 120 € 95 £	200 \$ 150 € 130 £
Wir leisten eine Barzahlung direkt an den Begünstigten, wenn dieser: - eine Behandlung in einem Krankenhaus erhält, die durch diesen Tarif abgedeckt ist; - über Nacht in einem Krankenhaus bleiben muss; und - das Krankenhaus keine Gebühren für Zimmer, Verpflegung und Behandlung gegenüber dem Begünstigten, einer Versicherungsgesellschaft und/oder einer örtlichen staatlichen Behörde erhebt.			

Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £

Wir übernehmen die Kosten für eine notwendige ambulante Notfallbehandlung in einer Unfall- und Notfallabteilung eines Krankenhauses nur nach einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung und/oder lebensbedrohlichen Situationen, wenn der Begünstigte aus medizinischen Gründen über Nacht kein Bett belegt.

Wichtige Hinweise:

- Wenn Sie die Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ gewählt haben, werden zunächst diese Leistung und die Höchstbeträge in Anspruch genommen und erst danach können die für ambulante Behandlungen anwendbaren Leistungen aus dem Internationalen Versicherungsschutz in Anspruch genommen werden.
- Von Ihnen im Rahmen der Basisversicherung „Internationale Krankenversicherung“ oder des „Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen“ gewählte Selbstbehalte oder Kostenbeteiligungen finden für diese Leistung in keinem der drei Tarife Anwendung.

Transplantationen	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wenn eine Transplantation medizinisch notwendig ist und das zu transplantierende Organ von einer verifizierten und legitimierte Quelle gespendet wurde, übernehmen wir die Kosten der stationären oder teilstationären Behandlung, die mit dieser Organtransplantation direkt verbunden sind. Außerdem übernehmen wir Transplantation die Kosten für Medikamente gegen Abstoßreaktionen.

Wenn ein Begünstigter eine Organtransplantation benötigt (unabhängig davon, ob der Spender im Rahmen dieser Police versichert ist oder nicht), übernehmen wir die Kosten für:

- die Entnahme des Organs oder des Knochenmarks;
- die medizinisch notwendige Gewebetypisierung;
- die Krankenhauskosten des Spenders; und
- die Kosten, die sich aus gesundheitlichen Komplikationen beim Spender ergeben, für einen Zeitraum von 30 Tagen nach dem Eingriff.

Nierendialyse	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

- Die Kosten für eine Nierendialysebehandlung werden übernommen, wenn eine solche Behandlung im Land des Wohnsitzes des Begünstigten möglich ist. Wir übernehmen die Kosten für eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung.
- Wir übernehmen die Kosten für eine Nierendialysebehandlung außerhalb des Wohnsitzlandes des Begünstigten, wenn das Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, innerhalb des vom Begünstigten gewählten Geltungsbereichs liegt. Wir übernehmen die Kosten auf Basis einer teilstationären Behandlung. Im Zusammenhang mit einer solchen Behandlung entstehende Reise- und Unterbringungskosten werden nicht übernommen.

Fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans)	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen eine vorherige Genehmigung.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für fortschrittliche medizinische Bildgebung, wenn diese von einem Arzt im Rahmen der stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung eines Begünstigten empfohlen wird.

Wichtiger Hinweis:

Diese Leistung unterliegt dem Selbstbehalt bzw. der Kostenbeteiligung, den/die Sie im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung für alle erweiterten bildgebenden Verfahren, einschließlich ambulant durchgeführter MRT-, CT- und PET-Scans, gewählt haben.

Rehabilitation	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ bis zu 30 Tagen	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £ bis zu 60 Tagen	Vollständige Kostenübernahme bis zu 90 Tagen
Wir übernehmen die Kosten für Rehabilitationsbehandlungen, einschließlich physikalischer Physiotherapie, Ergo-, Herz-, Lungen-, kognitiver und Sprachtherapie, bis zu den oben aufgezeigten Leistungsgrenzen und Tageslimiten. Wir zahlen nur für Rehabilitationsbehandlungen unmittelbar nach einer Operation und/oder einem traumatischen Ereignis. Wenn die Rehabilitationsbehandlung in einem stationären Rehabilitationszentrum erforderlich ist, übernehmen wir die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Bei der Bestimmung, wann das Tageslimit erreicht ist, zählen wir jede Übernachtung, bei der ein Begünstigter stationär und/oder teilstationär behandelt wird, als einen Tag. Wichtiger Hinweis: Wir werden eine Rehabilitationsbehandlung nur dann genehmigen, wenn uns der behandelnde Facharzt einen Bericht vorlegt, in dem erläutert wird, wie lange der Begünstigte im Krankenhaus bleiben muss, welche Diagnose er erhalten hat und welche Behandlung durchgeführt werden muss. Rehabilitation ist körperliche, Sprach- und Ergotherapie zum Zweck einer Behandlung, die darauf abzielt, den früheren Gesundheitszustand des Begünstigten nach einem gesundheitlichen Vorfall wiederherzustellen.			

Häusliche Pflege	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £ bis zu 30 Tagen	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ bis zu 60 Tagen	Vollständige Kostenübernahme bis zu 120 Tagen
Wir übernehmen die Kosten für die häusliche Krankenpflege nur dann, wenn sie im Haus des Begünstigten von einer qualifizierten Pflegefachkraft durchgeführt wird und die medizinisch notwendige Pflege umfasst, die normalerweise in einem Krankenhaus durchgeführt würde. Wir übernehmen keine Kosten für häusliche Krankenpflege, die nur nichtmedizinische Pflege oder persönliche Assistenz umfasst. Wir übernehmen die Kosten für die häusliche Krankenpflege eines Begünstigten, wenn: • sie von einem Facharzt nach einer stationären oder teilstationären Behandlung empfohlen wird, die durch diese Versicherung gedeckt ist; • sie unmittelbar nach dem Verlassen des Krankenhauses beginnt; und • sie die Dauer des Krankenhausaufenthalts des Begünstigten verkürzt.			

Akupunktur und chinesische Medizin	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für Akupunktur und Chinesische Medizin nur dann, wenn es sich nicht um die primäre Behandlung handelt, die der Begünstigte im Krankenhaus erhalten soll. Der Akupunkteur und der Fachmann der Chinesischen Medizin müssen entsprechend qualifiziertes Fachpersonal sein, das die entsprechende Lizenz in dem Land besitzt, in dem die Behandlung durchgeführt wird.			

Palliativmedizin	Silver	Gold	Platinum
	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £	60.000 \$ 44.400 € 38.400 £	Vollständige Kostenüber- nahme
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung. Wir übernehmen die Kosten für die Palliativpflege, wenn ein Begünstigter eine unheilbare Diagnose erhält und seine Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt und keine wirksame Behandlung zur Verfügung steht, die seine Genesung unterstützt. Wir übernehmen die Kosten für: • Häusliche Pflege; • Stationäre und teilstationäre Krankenhaus- oder Hospizversorgung und -unterbringung; • verordnete Medikamente; und • physische und psychologische Betreuung.			

Prothesen	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenüber- nahme	Vollständige Kostenüber- nahme	Vollständige Kostenüber- nahme
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung. Wir übernehmen die Kosten für interne und externe Prothesen, die als Teil der Behandlung eines Begünstigten erforderlich sind, vorbehaltlich der unten erläuterten Einschränkungen. Wir übernehmen die Kosten für: • eine Prothese, die ein notwendiger Teil der Behandlung unmittelbar nach dem chirurgischen Eingriff ist, solange dies aus medizinischer Sicht erforderlich und/oder kurzfristig Teil des Genesungsprozesses ist; • eine erste externe Prothese (jedoch keine Ersatzprothesen) für Begünstigte ab 18 Jahren pro Versicherungszeitraum. Wir übernehmen die Kosten für eine erste externe Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen für Begünstigte im Alter von 17 Jahren oder jünger pro Versicherungszeitraum. Wenn ein Begünstigter während des Versicherungszeitraums eine Ersatzprothese benötigt, verlangen wir einen entsprechenden medizinischen Bericht. Wichtiger Hinweis: Eine Prothese ist eine künstliche Gliedmaße oder ein Tool, das zum Zweck oder im Zusammenhang mit einer Operation benötigt wird; oder sie ist ein notwendiger Teil der Behandlung unmittelbar nach einer Operation, so lange sie medizinisch notwendig ist; oder sie ist medizinisch notwendig und kurzfristig Teil des Genesungsprozesses.			

Krankentransporte vor Ort & per Flugambulanz	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenüber- nahme	Vollständige Kostenüber- nahme	Vollständige Kostenüber- nahme
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung. Wenn dies medizinisch notwendig ist und in Verbindung zu einer abgedeckten Erkrankung steht, übernehmen wir für die Beförderung des Begünstigten die Kosten für einen Krankentransporte vor Ort oder per Flugambulanz: • vom Ort eines Unfalls oder einer Verletzung in ein Krankenhaus; • von einem Krankenhaus in ein anderes; oder • von zu Hause in ein Krankenhaus. Wichtige Hinweise: • Wir übernehmen die Kosten für eine lokale Flugambulanz, beispielsweise einen Hubschrauber, um den Begünstigten in das nächstgelegene medizinische Exzellenzzentrum (das sich im selben Land befindet und über das Straßennetz/per Krankenwagen erreichbar wäre) zu bringen, nur dann, wenn dies aus medizinischer Sicht angemessen ist. • Diese Police bietet keinen Versicherungsschutz für Bergrettungsdienste. • Krankentransporte mit Rettungswagen oder per Flugambulanz sind nur für das Inland vorgesehen. Grenzüberschreitende Krankentransporte werden durch das Modul „Medizinische Evakuierung“ abgedeckt. • Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung oder Rückführung ist nur verfügbar, wenn Sie die Option „Internationale Evakuierung & Crisis Assistance Plus[®]“ ausgewählt haben. Einzelheiten zu dieser Option finden im Kundenleitfaden auf Seite 40.			

Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung für stationäre und teilstationäre Behandlungen. Für ambulante Behandlungen im Rahmen dieser Leistung ist keine vorherige Genehmigung erforderlich.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ bis zu 30 Tagen* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £ bis zu 60 Tagen* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)	Vollständige Kostenübernahme bis zu 90 Tagen* (stationäre und teilstationäre Behandlungen)
- Wir übernehmen die Kosten für: - Evidenzbasierte und medizinisch notwendige Behandlung, die von einem Arzt empfohlen wird. - 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. Dies umfasst ambulante Leistungen für die psychischen Gesundheit bei Genderdysphorie. - Die Diagnose von Abhängigkeiten (einschließlich Alkoholismus). Suchtbehandlung - Wir übernehmen die Kosten 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. - Wir übernehmen die Kosten für bis zu drei Entgiftungsversuche, danach zahlen wir nur für weitere Entgiftungsbehandlungen, wenn der Begünstigte einen offiziellen ambulanten Kurs bzw. ein entsprechendes Programm der Suchtbehandlung absolviert. - Wir übernehmen keine Kosten für andere Behandlungen im Zusammenhang mit Alkoholismus oder Sucht oder Behandlungen einer damit zusammenhängenden Erkrankung (wie Depression, Demenz oder Leberversagen), wenn wir auf angemessener Grundlage annehmen, dass die eine Behandlung erfordernde Erkrankung die direkte Folge von Alkoholismus oder Sucht ist. Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Wir übernehmen die Kosten für: - Medizinische Kosten, einschließlich Arzt- und Kinderarztbesuche im Zusammenhang mit Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), nur auf ambulanter Basis, die evidenzbasiert und medizinisch notwendig sind. - Beurteilung und Diagnostiktests für Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Vorliegen von Symptomen. - Verhaltenstherapie, wenn sie gemäß evidenzbasierter Behandlung medizinisch notwendig ist. Wir übernehmen keine Kosten für: - Erzieherische Maßnahmen, Sprachtherapie und Hilfsmittel zur Sprachförderung. - Verschreibungspflichtige Medikamente oder ambulant verschriebene Medikamente für eine dieser Erkrankungen, es sei denn, Sie haben die Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ erworben. * Das Tageslimit gilt nur für stationäre und teilstationäre Behandlungen. Wichtiger Hinweis: Diese Leistung unterliegt dem Selbstbehalt oder der Kostenbeteiligung, den bzw. die Sie in der Basisversicherung, der Internationalen Krankenversicherung, für psychische und verhaltensmedizinische Behandlungen, einschließlich ambulanter Behandlungen für die psychische Gesundheit, gewählt haben.			

Behandlung von Adipositas	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, nachdem der Begünstigte 24 Monate oder länger versichert war. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Keine Deckung	70 % Rückerstattung bis zu: 20.000 \$ 14.800 € 13.300 £	80 % Rückerstattung bis zu: 25.000 \$ 18.500 € 16.500 £
Wir übernehmen die Kosten für Adipositasoperationen bei Begünstigten über 18 Jahren, wenn es dokumentierte Belege dafür gibt, dass alle anderen Methoden der Gewichtsabnahme, insbesondere Abnehmkurse, Ernährungsprogramme, Schlankheitsmittel und Medikamente, in den letzten 24 Monaten erprobt wurden. Bitte beachten Sie, dass wir vor oder nach der Operation keine Kosten für Abnehmkurse, Ernährungsprogramme, Schlankheitsmittel und Medikamente übernehmen. Wichtige Hinweise: - Der Begünstigte muss einen Body-Mass-Index (BMI) von 40 oder mehr haben und als krankhaft fettleibig diagnostiziert worden sein; und - Der Begünstigte kann dokumentierte Nachweise über andere Methoden der Gewichtsabnahme vorlegen, die in den letzten 24 Monaten erprobt wurden; und - Der Begünstigte hat sich einer psychologischen Untersuchung unterzogen, bei der bestätigt wurde, dass dieses Verfahren für ihn angemessen ist			

Operationen zur Krebsprävention	Silver	Gold	Platinum
	Aktualisiert	Aktualisiert	Aktualisiert
Bis zu dem für Ihren gewählten Tarif angegebenen Gesamtbetrag pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald der Begünstigte 12 Monate oder länger über die Police versichert ist. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	18.000 \$ 13.300 € 12.000 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £
Wir übernehmen die Kosten für eine präventive Operation, wenn ein(e) Begünstigte(r) eine bedeutende familiäre Krankengeschichte hat, die Teil eines erblichen Krebsyndroms ist (wie z. B. Eierstockkrebs), und wenn bei einer genetischen Untersuchung das Vorliegen des erblichen Krebsyndroms nachgewiesen wird. Wir übernehmen die Kosten für die genetische Untersuchung nur, wenn der/die Begünstigte im Rahmen der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ Gold oder Platinum versichert ist.			

Krebsbehandlung	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen eine vorherige Genehmigung.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
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 teilstationär oder ambulant behandelt wird. Wichtige Hinweise: - Wir übernehmen die Kosten für die genetische Untersuchung nur, wenn der/die Begünstigte im Rahmen der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ Gold oder Platinum versichert ist. - Ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung, einschließlich verschriebener Medikamente, sind im Rahmen dieser Leistung, die Bestandteil der Basisversicherung, Ihrer Internationalen Krankenversicherung, ist, abgedeckt und fallen nicht in den Bereich des Moduls „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“.			

Krebsbedingte Hilfsmittel	Silver	Gold	Platinum
		Aktualisiert	Aktualisiert
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem für krebsbedingte Hilfsmittel. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	125 \$ 100 € 85 £	250 \$ 185 € 165 £	500 \$ 370 € 335 £
Wenn ein Begünstigter eine Krebsdiagnose erhält, zahlen wir für den Kauf von: - Perücken/Stirnbändern für Krebspatient*innen - Mastektomie-BHs für Krebspatientinnen			

Angeborene Erkrankung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £	50.000 \$ 40.000 € 33.000 £
Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Behandlung von <u>angeborenen Erkrankungen</u>, die sich vor dem 18. Geburtstag des Begünstigten manifestiert haben, unabhängig vom Alter des Begünstigten zum Zeitpunkt der Behandlung. Wichtige Hinweise: - Wir übernehmen die Behandlung von angeborenen Erkrankungen nur im Rahmen dieser speziellen Leistung und nicht als Teil einer der anderen aufgeführten Leistungen, es sei denn, die Erkrankung wird innerhalb der ersten 90 Tage während der Versorgung eines Neugeborenen (siehe stationäre Leistung für Neugeborene) oder nach dem 18. Geburtstag diagnostiziert. - Wird eine angeborene Erkrankung nach dem 18. Geburtstag des Begünstigten diagnostiziert, ist die Behandlung als Teil der stationären bzw. teilstationären Leistungen abgedeckt und nicht im Rahmen dieser speziellen Leistung.			

Deckung bei notfallbedingten Krankenhauseinweisungen außerhalb des Geltungsbereichs

Für Begünstigte, die keinen weltweiten Versicherungsschutz einschließlich USA haben.

Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.

Silver

100.000 \$
75.000 €
65.000 £
(stationäre und
teilstationäre
Behandlungen)

Gold

250.000 \$
200.000 €
162.500 £
(stationäre und
teilstationäre
Behandlungen)

Platinum

Vollständige
Kostenüber-
nahme
(stationäre und
teilstationäre
Behandlungen)

Notfallbehandlung bei stationärer und teilstationärer Behandlung während vorübergehender kurzfristiger Geschäfts- oder Freizeitreisen außerhalb Ihres Geltungsbereichs.

Wichtige Hinweise:

Der Begünstigte muss bezüglich der Krankheit, die eine Notfallbehandlung erforderlich macht, vor Antritt der Reise ohne Behandlung und frei von Symptomen gewesen sein und diesbezüglich keine Beratung erhalten haben.

Die Deckung ist begrenzt auf:

- eine Dauer von nicht mehr als 21 Tagen pro Reise; und
- maximal 60 Tage insgesamt pro Versicherungszeitraum für alle Reisen zusammen.
- Nur wenn im Rahmen Ihrer Police die Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ abgeschlossen wurde, genießen die Begünstigten Versicherungsschutz für ambulante Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs. Die Deckung unterliegt der jährlichen Gesamtleistungsgrenze und den individuellen Leistungsgrenzen des „Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen“. Bitte beachten Sie, dass dieser Versicherungsschutz zusätzlich zu den in dieser Leistung genannten notfallbedingten Krankenhauseinweisungen außerhalb des Geltungsbereichs (für stationäre und teilstationäre Behandlung) gilt.
- Kosten im Zusammenhang mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder Komplikationen bei Schwangerschaft oder Entbindung sind von diesem Versicherungsschutz für notfallbedingten Krankenhauseinweisungen außerhalb des Geltungsbereichs ausgeschlossen.
- Diese Leistung ist nicht anwendbar, wenn Sie die Versicherungsoption „Weltweit einschließlich USA“ gewählt haben.
- Wir benötigen einen Nachweis über Ihre Ein- und Ausreise in die bzw. aus den USA.
- Diese Option ist nicht verfügbar, wenn sich Ihr gewöhnlicher Wohnsitz in den USA befindet.
- Der Erhalt einer medizinischen Behandlung darf nicht zu den Zielen der Reise gehört haben.
- Die Kostenübernahme für eine Notfallbehandlung ist nur dann verfügbar, wenn Sie in diesem Land nicht in den Genuss einer kostenlosen staatlichen Gesundheitsversorgung kommen können.

Notfallbehandlung bezeichnet eine Behandlung, die medizinisch notwendig ist, um die unmittelbaren und erheblichen Folgen einer Erkrankung, Verletzung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu verhindern, die unbehandelt zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen könnten. Gedeckt sind ausschließlich medizinische Behandlungen, die von einem Arzt oder Facharzt durchgeführt werden bzw. einen Krankenhausaufenthalt erfordern und die innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis eingeleitet werden.

Global Telehealth

Global Telehealth mit Teladoc

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Silver

Unbegrenzte
Beratungen

Gold

Unbegrenzte
Beratungen

Platinum

Unbegrenzte
Beratungen

Sie haben bei nicht notfallbedingten Gesundheitsfragen Zugang zu unbegrenzten Beratungen durch einen Arzt per Video und Telefon über die Cigna Wellbeing® App oder über eine Empfehlung durch unseren Kundendienst. Dies beinhaltet insbesondere:

- 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

Wichtige Hinweise

- Sie können auf Global Telehealth über die Cigna Wellbeing® App zugreifen. [Auf Seite I4 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 „Global Telehealth“. 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 Arzt in der Regel noch am selben Tag zurück, je nach Verfügbarkeit der Sprache. Wenn Sie eine Videosprechstunde 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 Arzt in dem Staat oder Land, in dem die Police abgeschlossen wurde, zur Verschreibung von Medikamenten zugelassen ist. Sie müssen das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ abgeschlossen haben, um die Leistung für ambulant verschriebene Medikamente und Verbandmittel in Anspruch nehmen zu können.
- Wenn Sie einen Selbstbehalt oder eine Kostenbeteiligung für ambulante Behandlungen gewählt haben, müssen Sie diese zahlen, wenn Ihnen Medikamente verschrieben werden.

Versorgung von Eltern und Neugeborenem

Routineuntersuchungen bei Schwangerschaft (nur Gold- und Platinum-Tarife)	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald die Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß der Police versichert ist.* Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Keine Deckung	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
Wir übernehmen die Kosten für die folgende Behandlung, je nach Bedarf auf stationärer oder teilstationärer Basis, wenn die werdende Mutter seit mindestens 12 Monaten* ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist*: - Krankenhausgebühren, Honorare der Geburtshelfer und Hebammen für routinemäßige Entbindungen; und - Kosten aufgrund der medizinischen Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung. Wir übernehmen keine Kosten für eine Leihmutterschaft oder eine damit verbundene Behandlung. Wir übernehmen keine Kosten für die Schwangerschaftsbetreuung oder die Behandlung einer Begünstigten, die als Leihmutter fungiert, oder für eine Frau, die als Leihmutter für eine Begünstigte auftritt. Wichtiger Hinweis: * Für Behandlungen, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung erst dann verfügbar, wenn die werdende Mutter seit mindestens 24 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist.			

Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung (nur Gold- und Platinum-Tarife)	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigter und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald die Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß der Police versichert ist.* Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen.	Keine Deckung	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder ambulante Behandlung im Zusammenhang mit Komplikationen, die sich aus Schwangerschaft oder Geburt ergeben, wenn die werdende Mutter seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist.* Dies ist auf Gesundheitsbeeinträchtigungen beschränkt, die sich ausschließlich als direkte Folge der Schwangerschaft oder Geburt ergeben, einschließlich Fehlgeburt und ektopische Schwangerschaft. - Dieser Teil der Police sieht keine Deckung für Hausgeburten vor. - Wir übernehmen die Kosten für einen Kaiserschnitt nur, soweit dieser medizinisch notwendig ist. Wenn wir die medizinische Notwendigkeit nicht bestätigen können, übernehmen wir die Kosten nur bis zur Grenze der routinemäßigen Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung. Wir übernehmen keine Kosten für eine Leihmutterschaft oder eine damit verbundene Behandlung. Wir übernehmen keine Kosten für die Schwangerschaftsbetreuung oder die Behandlung einer Begünstigten, die als Leihmutter fungiert, oder für eine Frau, die als Leihmutter für eine Begünstigte auftritt. Wichtiger Hinweis: * Für Behandlungen, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung erst dann verfügbar, wenn die werdende Mutter seit mindestens 24 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist.			

Hausgeburten (nur Gold- und Platinum-Tarife)	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigter und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald die Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß der Police versichert ist.* Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	Keine Deckung	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
Wir übernehmen die Kosten der Honorare von Hebammen und Fachärzten im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die werdende Mutter seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist*: Bitte beachten Sie, dass sich die Deckung für die oben erläuterten Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung nicht auf die Hausgeburt erstreckt. Dies bedeutet, dass Kosten, die sich aus Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hausgeburt ergeben, nur innerhalb der für Hausgeburten geltenden Leistungsgrenzen übernommen werden, wie in der Leistungsübersicht erläutert. Wichtiger Hinweis: * Für Behandlungen, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung erst dann verfügbar, wenn die werdende Mutter seit mindestens 24 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist.			

Versorgung von Neugeborenen	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen ausgewählten Tarifs innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt pro Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald ein Elternteil mindestens 12 Monate durch die Police gedeckt ist.* Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.	25.000 \$ 18.500 € 16.500 £	75.000 \$ 55.500 € 48.000 £	156.000 \$ 122.000 € 100.000 £
Damit ein Neugeborenes versorgt oder behandelt werden kann, muss es zunächst neben dem Versicherungsnehmer in den Vertrag aufgenommen werden, was mit einer zusätzlichen Prämie verbunden ist. Nachstehend finden Sie die Zulassungsvoraussetzungen für die Aufnahme eines Neugeborenen. Sobald das Neugeborene in den Vertrag aufgenommen wurde, übernehmen wir die Kosten für - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Baby nach der Geburt; und - alle für das Baby während der ersten 90 Tage nach der Geburt erforderlichen stationären und teilstationären Behandlungen anstelle aller anderen stationären oder teilstationären Leistungen. Wichtige Hinweise: Aufnahme des Neugeborenen in die Police: - Wenn wenigstens ein (l) Elternteil mindestens zwölf (12) Monate* vor der Geburt des Babys ununterbrochen Begünstigte(r) der Police war, verlangen wir keine Informationen über die Gesundheit des Neugeborenen oder eine medizinische Untersuchung, wenn ein Antrag auf Aufnahme des Neugeborenen in die Police innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dessen Geburtsdatum bei uns eingeht. Geht der Aufnahmeantrag jedoch später als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei uns ein, wird das Baby einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. - War kein Elternteil mindestens zwölf (12) Monate* vor der Geburt des Babys ununterbrochen Begünstigte(r) der Police, wird das Baby einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen, und Sie können einen Antrag auf Aufnahme des Neugeborenen in die Police stellen. Sollte für das Neugeborene eine Gesundheitsrisikoprüfung erforderlich sein, teilen wir Ihnen anschließend mit, ob wir für das Neugeborene Versicherungsschutz gewähren und, falls ja, welche besonderen Bedingungen und Ausschlüsse gelten. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren. - Kinder, die von einer Leihmutter geboren oder die adoptiert wurden, können durch diese Versicherungsleistung abgedeckt werden; sie unterliegen jedoch einer medizinischen Risikoprüfung, unabhängig davon, wie lange die Elternteile Begünstigte dieser Police sind. Nach Ausfüllen eines medizinischen Gesundheitsfragebogens teilen wir Ihnen mit, ob wir für das Neugeborene Versicherungsschutz gewähren und, falls ja, welche besonderen Bedingungen und Ausschlüsse gelten. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren. Alle erforderlichen Behandlungen aufgrund von angeborenen Erkrankungen bei einem Neugeborenen werden im Rahmen dieser Leistung für die ersten 90 Tage nach der Geburt gemäß den Bedingungen dieser Leistung übernommen. Wenn die angeborenen Erkrankungen des Neugeborenen nach den ersten 90 Tagen nach der Geburt diagnostiziert werden, erfolgen Behandlungen im Zusammenhang mit den angeborenen Erkrankungen im Rahmen der Leistung „Angeborene Erkrankungen“, wie auf Seite 22 dargelegt und unterliegen den Bedingungen für die Aufnahme des Neugeborenen in die Police, wie oben beschrieben. * Für Behandlungen, die in Hongkong oder Singapur durchgeführt werden, ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn ein Elternteil mindestens 24 Monate lang ununterbrochen Begünstigte/r dieser Versicherung ist.			

Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Selbstbehalt Der Selbstbehalt ist der Betrag, den Sie pro Versicherungszeitraum selbst entrichten müssen, bevor Ihnen Leistungen erstattet werden.	0 \$ 375 \$ 750 \$ 1.500 \$ 3.000 \$ 7.500 \$ 10.000 \$	0 € 275 € 550 € 1.100 € 2.200 € 5.500 € 7.400 €	0 £ 250 £ 500 £ 1.000 £ 2.000 £ 5.000 £ 6.650 £
Kostenbeteiligung nach Abzug des Selbstbezalts Die Kostenbeteiligung ist der prozentuale Anteil eines Rechnungsbetrags, der nicht durch Ihren Tarif gedeckt ist.	Wählen Sie zunächst die gewünschte prozentuale Kostenbeteiligung: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %		
Zuzahlungshöchstbetrag Der Zuzahlungshöchstbetrag ist der maximale Betrag der Kostenbeteiligung, den Sie pro Versicherungszeitraum zahlen müssen. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird nach Berücksichtigung des Selbstbezalts berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung zahlen, werden beim Zuzahlungshöchstbetrag berücksichtigt.	Dann wählen Sie Ihren Zuzahlungshöchstbetrag: 2.000 \$ 1.480 € 1.330 £ oder 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £		

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.

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Optionales Modul

Das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ bietet eine umfassendere ambulante Gesundheitsversorgung, wenn eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nicht erforderlich ist, einschließlich der Konsultationen mit Fachärzten, verordneter Medikamente und Verbandmittel für ambulante Behandlungen, Rehabilitation, genetischer Krebsuntersuchungen und vieles mehr.

Gemäß unseren Begriffsbestimmungen ist ein ambulanter Patient ein Patient, der zur Behandlung den Tagesklinikbereich eines Krankenhauses, eine Arztpraxis oder eine Tagesklinik aufsucht, aber weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

Für die meisten Leistungen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen benötigen Sie keine vorherige Genehmigung. Für die folgenden ambulanten Leistungen ist jedoch eine vorherige Genehmigung erforderlich:

- Genetische Tests
- Untersuchungen und Behandlung von Unfruchtbarkeit
- 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 vorherige Genehmigung erforderlich).
- Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterialien für mehr als 3 Monate

Für alle anderen Behandlungen im Rahmen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen müssen Sie uns nicht für eine vorherige Genehmigung kontaktieren.

Wenn Sie die erforderliche vorherige Genehmigung nicht einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.

Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum	Silver	Gold	Platinum
Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Abschnitten des „Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen“ gezahlt werden.	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £	Vollständige Kostenübernahme

Sprechstunden und ambulante Behandlungen bei Ärzten und Fachärzten	Silver	Gold Aktualisiert	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungs Grenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	7.500 \$ 6.000 € 4.825 £	Vollständige Kostenübernahme

- Wir übernehmen die Kosten für Beratungsgespräche, Besuche und Konsultationen per Telefon oder Video mit einem Arzt, die notwendig sind, um eine Krankheit zu diagnostizieren oder eine Behandlung zu vereinbaren oder zu erhalten.
- Wir übernehmen die Kosten für nicht-chirurgische Behandlungen auf ambulanter Basis, die von einem Facharzt als medizinisch notwendig empfohlen werden.

Wichtige Hinweise:

- Die Kosten für virtuelle Sprechstunden dürfen nicht höher sein als die Kosten für eine gleichwertige persönliche Beratung. Ausgaben, die als übermäßig, unangemessen oder ungewöhnlich erachtet werden, werden nicht übernommen bzw. die Höhe der gezahlten Leistung wird gekürzt.
- Virtuelle Sprechstunden sind nur zugänglich, wenn sie verfügbar und medizinisch angemessen sind.

Verordnete Medikamente und Verbandmittel	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	4.500 \$ 3.300 € 3.000 £	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für verordnete Medikamente und Verbandmittel, die von einem Arzt ambulant verschrieben werden.			
Wichtiger Hinweis: Medikamente, die von einem Arzt in den USA verschrieben und/oder von einer Apotheke in den USA geliefert werden, unterliegen unserer Arzneimittelliste.			

Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer Fortgeschrittene Medizinische Bildgebung)	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Facharzt als Teil der ambulanten Behandlung eines Begünstigten empfohlen werden:			
• Blut- und Urinuntersuchungen; • Röntgenaufnahmen; • Ultraschall-Untersuchungen; • Elektrokardiogramme (EKG); und • Andere diagnostische Tests (ausgenommen fortgeschrittene medizinische Bildgebung).			
Wichtiger Hinweis: Wir übernehmen die Kosten im Rahmen dieser Leistung für medizinisch notwendige Untersuchungen, die ambulant 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.			

Ambulante Rehabilitation Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.*	Silver	Gold Aktualisiert	Platinum
	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für:

- Ambulante Physiotherapie;
- ambulante Ergotherapie;
- Osteopathie und chiropraktische Behandlung;
- Sprachtherapie; und
- kardiale und pulmonale Rehabilitation.

Wichtige Hinweise:

Ambulante Physiotherapie, Osteopathie und chiropraktische Behandlung:

Wir übernehmen die Kosten für diese Behandlung, wenn sie medizinisch notwendig und wiederherstellender Natur ist, um Ihnen bei der Ausübung Ihrer normalen Aktivitäten des täglichen Lebens zu helfen. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Dies schließt jegliche sportmedizinische Behandlung aus.

* Für die Fortsetzung dieser ambulanten Behandlungen nach den ersten 10 Sitzungen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich, die von unserem klinischen Team auf der Grundlage der medizinischen Notwendigkeit geprüft wird.

Sprachtherapeutische Behandlung:

Wir übernehmen die Kosten für eine wiederherstellende Sprachtherapie, wenn diese unmittelbar nach einer Behandlung erforderlich ist, die durch diese Police gedeckt ist (z. B. im Rahmen der Nachsorge nach einem Schlaganfall) und von einem Facharzt als kurzfristig medizinisch notwendig bestätigt wird.

Rehabilitation ist körperliche, Sprach- und Ergotherapie zum Zweck einer Behandlung, die darauf abzielt, den früheren Gesundheitszustand des Begünstigten nach einem gesundheitlichen Vorfall wiederherzustellen.

Pränatale und postnatale Versorgung (nur Gold- und Platinum-Tarife) Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald die Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß der Police versichert ist.*	Silver	Gold	Platinum
	Keine Deckung	3.500 \$ 2.750 € 2.250 £	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £

- Wir übernehmen die Kosten für eine medizinisch notwendige pränatale und postnatale Versorgung auf ambulanter Basis, wenn die werdende Mutter seit mindestens 12 Monaten* ununterbrochen eine Begünstigte im Rahmen des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen ist.
- Beispiele für pränatale Behandlungen und Tests umfassen:
 - Honorare der Geburtshelfer und Hebammen für Routineuntersuchungen;
 - Alle festgesetzten Ultraschall- und sonstigen Untersuchungen;
 - Verschreibungspflichtige Medikamente, Arzneimittel und Verbandmittel;
 - Gegebenenfalls routinemäßige pränatale Bluttest;
 - Fruchtwasseruntersuchung (auch Amniozentese oder AFT bezeichnet) oder Chorionzottenbiopsie (auch CVS bezeichnet); und
 - Nicht-invasive pränatale Tests (NIPT) für Personen mit hohem Risiko.

Postnatale Versorgung:

- Kosten, einschließlich verordneter Medikamente und Verbandmittel, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen.

Wichtiger Hinweis:

* Für Begünstigte mit gewöhnlichem Wohnsitz in Hongkong oder Singapur ist diese Leistung nur dann verfügbar, wenn die werdende Mutter seit mindestens 24 Monaten ununterbrochen eine Begünstigte dieser Police ist.

Untersuchungen und Behandlung von Unfruchtbarkeit	Silver	Gold	Platinum
	Keine Deckung	Keine Deckung	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Lebenszeit.

Verfügbar, sobald der Begünstigte mindestens 24 Monate für diese Option versichert war.

Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.

Wir übernehmen die Kosten für die Untersuchung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn ein Facharzt eine medizinische Ursache ausschließt und der/die Begünstigte zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns von der Existenz eines Unfruchtbarkeitsproblems keine Kenntnis hatte und keine Symptome erlitten hatte.

Falls erforderlich, zahlen wir maximal 4 Versuche für die Behandlung der Unfruchtbarkeit zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Laufzeit der Police. Diese Leistung ist für Begünstigte bis zu 41 Jahren verfügbar.

Wichtige Hinweise:

- Für alle Unfruchtbarkeitsuntersuchungen und -behandlungen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich. Wenn Sie die erforderliche vorherige Genehmigung nicht bei uns einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen, und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.
- Wir übernehmen keine Kosten für Untersuchungen oder Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit für Personen, die als Leihmutter für eine/n Begünstigte/n fungieren.

Hormontherapie	Silver	Gold	Platinum
	Aktualisiert	Aktualisiert	Aktualisiert
	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Wir übernehmen die Kosten einer Hormontherapie, wenn sie zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden, einem niedrigen Testosteronspiegel und Genderdysphorie medizinisch notwendig ist.

Schlafapnoe	Silver	Gold	Platinum
	1.000 \$ 740 € 665 £	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Nach einer Überweisung durch Ihren Arzt übernehmen wir die Kosten für eine Schlafstudie oder einen Schlaftest zu Hause, um festzustellen, ob Sie an Schlafapnoe leiden.

Wenn festgestellt wurde, dass der Begünstigte an Schlafapnoe leidet, zahlen wir für die Miete eines CPAP-Geräts (Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder ggf. anderer oraler Geräte.

Wenn der Begünstigte seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen im Rahmen dieser Option versichert ist und die Miete eines CPAP-Geräts für den Begünstigten nicht verfügbar ist, übernehmen wir, sofern medizinisch notwendig, die Kosten für den Kauf eines CPAP-Geräts bis zur Gesamterstattungsgrenze dieser Leistung für den von Ihnen gewählten Tarif.

Wenn es aus medizinischen Gründen angezeigt ist, übernehmen wir auch die Kosten einer Operation.

Genetische Tests	Silver	Gold	Platinum
	Aktualisiert		
	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	4.000 \$ 2.950 € 2.650 £

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Lebenszeit.

Verfügbar, sobald der Begünstigte mindestens 12 Monate für diese Option versichert ist.

Diese Leistung erfordert eine vorherige Genehmigung.

Wir übernehmen die Kosten für einen genetischen Test für Begünstigte mit einem erhöhten Risiko, an Krankheiten, wie Krebs, zystischer Fibrose, Gaucher-Krankheit oder Rett-Syndrom zu erkranken, wenn dies medizinisch notwendig und medizinisch nachweisbar ist.

Wichtiger Hinweis:

- Für alle genetischen Untersuchungen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich. Wenn Sie die erforderliche vorherige Genehmigung nicht bei uns einholen, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen, und wir werden den von uns für diese Behandlung zu zahlenden Betrag um 20 % kürzen.
- Die oben aufgeführten Erkrankungen dient nur als Beispiel. Genetische Tests beschränken sich auf Tests auf Erbkrankheiten und multifaktorielle Erkrankungen, sofern medizinisch notwendig und unter der klinischen Anleitung von Cigna Healthcare durchgeführt.

Akupunktur und chinesische Medizin	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für insgesamt maximal 15 Besuche bei einem Akupunkteur und einem Arzt für chinesische Medizin, wenn diese Behandlungen von einem Arzt empfohlen werden. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

Medizinische Geräte	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für die Verwendung medizinischer Geräte, wenn deren Einsatz von einem Facharzt empfohlen wird, um die durch diese Versicherung gedeckte Behandlung des Begünstigten zu unterstützen.

Wir zahlen nur für eine Art von medizinischen Geräten pro Deckungszeitraum, die:

- 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.

Hörgeräte	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £

Wir übernehmen die Kosten für ein Hörgerät pro Versicherungszeitraum, das medizinisch notwendig ist und zur Unterstützung des täglichen Lebens verschrieben wird.

Dies umfasst nur den Kauf eines Original-Hörgeräts und schließt kein Ersatzpaar innerhalb desselben Versicherungszeitraums ein, wenn das Originalpaar beschädigt wird oder verloren geht.

Impfungen für Erwachsene	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	250 \$ 185 € 165 £	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wir übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Immunisierungen, die klinisch angemessen sind.

Zahnunfälle	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	1.000 \$ 740 € 665 £	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Wenn ein Begünstigter aufgrund von Verletzungen, die er bei einem Unfall erlitten hat, eine zahnärztliche Behandlung benötigt, übernehmen wir die Kosten für eine ambulante zahnärztliche Behandlung für alle gesunden natürlichen Zähne, die durch den Unfall beschädigt oder in Mitleidenschaft gezogen wurden, sofern die Behandlung unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall abgeschlossen wird.

Um diese Behandlung genehmigen zu können, benötigen wir eine Bestätigung des behandelnden Zahnarztes des Begünstigten über:

- das Datum des Unfalls; und
- die Tatsache, dass es sich bei dem Zahn/den Zähnen, der/die Gegenstand der vorgeschlagenen Behandlung ist/sind, um einen gesunden natürlichen Zahn/Zähne handelt.

Wir übernehmen die Kosten für diese Behandlung anstelle anderer zahnärztlicher Behandlungen, auf die der Begünstigte im Rahmen dieses Vertrags Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem oder mehreren Zähnen behandelt werden muss.

Wir zahlen nicht für die Reparatur oder Versorgung mit Zahnimplantaten, Kronen oder Prothesen im Rahmen dieses Teils des Vertrags.

Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren ausgewählten Tarif pro Begünstigten und Versicherungszeitraum. Wir übernehmen die Kosten für Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in angemessenen Altersabständen, die von einem Arzt oder einer Ärztin für die folgenden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wird: • Beurteilung der Krankenvorgeschichte; • körperliche Untersuchungen; • Entwicklungsbewertung; • präventive Beratung; und • geeignete Immunisierungen, Impfungen und Labortests. Wichtige Hinweise: Besuche zur psychischen Gesundheit bei einem Psychiater oder Psychologen sind durch die Leistung „Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung“ der Internationalen Krankenversicherung gedeckt. Darüber hinaus übernehmen wir die Kosten für: • einen Gesundheitscheck bei Schuleintritt zur Beurteilung von Wachstum, Gehör und Sehvermögen für jedes Kind am Tag der Einschulung. • ein Screening auf diabetische Retinopathie für Kinder, die Diabetes haben.			

60+ Gesundheitsversorgung	Silver	Gold	Platinum
	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigten und Versicherungszeitraum. Wenn ein Begünstigter 60 Jahre oder älter ist oder innerhalb der Versicherungszeit 60 Jahre alt wird und unter einer der folgenden Erkrankungen leidet, die in seinem medizinischen Fragebogen angegeben ist (und für die ein besonderer Ausschluss gilt, wie in Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben), übernehmen wir Kosten für die medizinisch notwendigen ambulanten Behandlungen, die mit der Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands verbunden sind: Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Glaukom, Arthritis, Gelenk- oder Rückenschmerzen, Osteoporose/ Osteopenie. Wichtige Hinweise: • Wenn Sie sich in der Antragsphase dazu entschieden haben, eine der oben genannten Erkrankungen gegen eine zusätzliche Prämie in den Versicherungsschutz aufzunehmen, sodass die Behandlung dieser Erkrankung auf stationärer und ambulanter Basis umfassend abgedeckt ist (sofern die Option Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gewählt wurde), ist diese Leistung nicht anwendbar. • Beispiele medizinisch notwendiger Behandlungen und Tests sind unter anderem: Konsultationen mit Ärzten, verordnete Medikamente und Verbandmittel, Pathologie und Radiologie, ambulante Rehabilitation sowie Akupunktur und chinesische Medizin. Bitte beachten Sie, dass diese Leistung Fortschrittliche medizinische Bildgebung ausschließt. • Sie haben Anspruch auf Deckung der Erkrankung(en) (jedoch nicht auf Deckung der sich aus dieser Erkrankung ergebenden Erkrankungen, Symptome oder Komplikationen) für ambulante Behandlungen bis zu den angegebenen Gesamtgrenzen pro Versicherungszeitraum. • Die Leistung unterliegt den Kostenbeteiligungen oder Selbstbehalten, die Sie in Ihrer Police gewählt haben.			

Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

Selbstbehalt Der Selbstbehalt ist der Betrag, den Sie pro Versicherungszeitraum selbst entrichten müssen, bevor Ihnen Leistungen erstattet werden.	0 \$ 150 \$ 500 \$ 1.000 \$ 1.500 \$	0 € 110 € 370 € 700 € 1.100 €	0 £ 100 £ 335 £ 600 £ 1.000 £
Kostenbeteiligung nach Abzug des Selbstbehalts Die Kostenbeteiligung ist der prozentuale Anteil eines Rechnungsbetrags, der nicht durch Ihren Tarif gedeckt ist.	Wählen Sie zunächst die gewünschte prozentuale Kostenbeteiligung: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %		
Zuzahlungshöchstbetrag Der Zuzahlungshöchstbetrag ist der maximale Betrag der Kostenbeteiligung, den Sie pro Versicherungszeitraum zahlen müssen. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird nach Berücksichtigung des Selbstbehalts berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung zahlen, werden beim Zuzahlungshöchstbetrag berücksichtigt.	Wählen Sie dann Ihren Zuzahlungshöchstbetrag: 3.000 \$ 2.200 € 2.000 £		

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Optionales Modul

Wir wissen, wie wichtig *Ihr* allgemeines Wohlbefinden und ein ausgewogenes Leben sind. **Die nachstehend aufgeführten Leistungen können nur von Begünstigten ab 18 Jahren in Anspruch genommen werden.**

Darüber hinaus gelten für die verschiedenen Krebsvorsorgeuntersuchungen bestimmte Altersgrenzen.

Routineuntersuchungen für Erwachsene	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £
Wir übernehmen die Kosten für Routineuntersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren. Die Gesundheitsanalyse kann unter anderem folgende Punkte umfassen: • Messung von Größe und Gewicht • Taillenumfang • Body-Mass-Index (BMI) • Körperfettanteil • Blutdruck • Urinanalyse • Cholesterin-Test • Vollständiges Blutbild • Bewertung von Physiologie und Gleichgewicht • Messung der Resilienz gegenüber Stressoren Darüber hinaus übernehmen wir für Begünstigte einer Platinum-Police die Kosten für weitere Untersuchungen, insbesondere: • Vollständiges biochemisches Profil, einschließlich Leber- und Nierenfunktion • Lungenfunktionstest • Beurteilung der Wirbelsäule • Röntgenaufnahme des Brustkorbs (falls klinisch indiziert) • Erweiterte kardiovaskuläre Untersuchungen (EKG oder aerober Fitnesstest) • Stoffwechseluntersuchungen (Ruheumsatz (Resting Metabolic Rate, RMR) und VO2max-Test) • Neurologische Untersuchungen			

Fußpflege durch einen Fußpfleger oder Podologen	Silver Aktualisiert	Gold Aktualisiert	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £ für bis zu 5 Sitzungen	650 \$ 500 € 440 £ für bis zu 10 Sitzungen	900 \$ 660 € 600 £ für bis zu 15 Sitzungen
Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung von Ballenzehen, Schwielen, Hühneraugen und Pilzinfektionen, wenn sie medizinisch notwendig sind und Ihnen helfen, Ihre normalen Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Podologen oder Fußpfleger durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, über eine entsprechende Zulassung verfügt. Davon ausgenommen sind Massagen und sportmedizinische Behandlungen.			

Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche Begünstigte ab 25 Jahren bieten wir alle 3 Jahre Versicherungsschutz für: • I Papanicolaou-Test (Pap-Abstrich) und • I HPV-DNA-Test.			

Prostatakrebs-Früherkennung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für männliche Begünstigte ab 50 Jahren bieten wir jedes Jahr Versicherungsschutz für: • Eine Prostatauntersuchung • PSA-Tests Wichtiger Hinweis: Alle Folgetests oder zusätzlichen Untersuchungen, die nach einem auffälligen Befund ambulant durchgeführt werden müssen, werden im Rahmen der Leistung für pathologische, radiologische und diagnostische Untersuchungen, ein Bestandteil der Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“, übernommen. Sie müssen die Option „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ erworben haben, damit diese zusätzlichen diagnostischen Tests abgedeckt sind.			

Brustkrebs-Früherkennung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche Begünstigte ab 40 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: • Ein Brustaufklärungsgespräch und klinische Brustuntersuchung (CBE) pro Jahr; • Ein Mammographie-Screening alle 2 Jahre. Für weibliche Begünstigte im Alter zwischen 25 und 39 Jahren, bei denen eine Vorgeschichte oder ein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, bieten wir Versicherungsschutz für: • Ein Mammographie-Screening pro Jahr, wenn medizinisch notwendig.			

Darmkrebs-Früherkennung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche und männliche Begünstigte ab 45 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: • Einen Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOB) oder einen immunologischen Stuhltest (FIT) pro Jahr • Eine Darmspiegelung alle 7 Jahre.			

Hautkrebs-Screening	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche und männliche Begünstigte ab 18 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: • Ein Hautkrebs-Screening pro Jahr.			

Lungenkrebs-Früherkennung	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche und männliche Begünstigte ab 45 Jahren, die rauchen oder früher geraucht haben, bieten wir Versicherungsschutz für: • Eine Lungenkrebsuntersuchung pro Jahr.			

Diabetes-Untersuchungen	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Vollständige Kostenübernahme
Für weibliche und männliche Begünstigte ab 18 Jahren bieten wir Versicherungsschutz für: • Ein AIC-Test oder Nüchternblutzuckertest pro Jahr.			

Knochendichtemessung

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Silver

Aktualisiert

325 \$
250 €
220 £

Gold

Aktualisiert

650 \$
500 €
440 £

Platinum

Vollständige
Kostenüber-
nahme

Wir übernehmen die Kosten für:

- Einen Scan für Frauen ab 65 Jahren;
- Einen Scan für postmenopausale Frauen, die jünger als 65 Jahre alt sind, wenn medizinisch notwendig; und
- Einen Scan für Männer ab 50 Jahren, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Ernährungsberatung

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.

Silver

325 \$
250 €
220 £

Gold

650 \$
500 €
440 £

Platinum

Vollständige
Kostenüber-
nahme

Wir übernehmen die Kosten für ein erstes Beratungsgespräch mit einem Ernährungsberater, ohne dass eine Überweisung erforderlich ist, für alle Begünstigten, die ihr allgemeines Wohlbefinden verbessern wollen, einschließlich Ernährungsumstellung und Präventionsmaßnahmen.

Wenn medizinisch notwendig, übernehmen wir zusätzlich bis zu vier Beratungen pro Versicherungszeitraum für Begünstigte, die eine Ernährungsberatung im Zusammenhang mit einer diagnostizierten Krankheit wie Diabetes, Prädiabetes oder Essstörungen benötigen.

Neben Gesundheitschecks, Tests und Untersuchungen stärkt diese Option Sie und Ihre Familie durch Dienstleistungen und Unterstützung zur Förderung Ihrer Gesundheit und Ihres Wohlbefindens im Alltag.

Ihr Wellness-Begleiter, bestehend aus den Programmen Unterstützung des Lebensmanagements, Wellness Coaching und Unterstützung für die psychische Gesundheit, hilft Ihnen und Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen, körperlich und geistig gesund zu bleiben.

Diese Dienstleistungen sind in allen Tarifen verfügbar, sofern Sie das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden“ erworben haben.

Um die Dienstleistungen für Gesundheit und Wohlbefinden in Anspruch zu nehmen, nehmen Sie bitte auf einem der folgenden Wege Kontakt zu uns auf:



Telefonisch: +1 984 810 5338 (Die Leitung ist ausschließlich für Kunden von Cigna Global Health Options bestimmt). Sie können diese Nummer direkt aus dem Bereich „Unterstützung der psychischen Gesundheit“ der Cigna Wellbeing® App wählen.

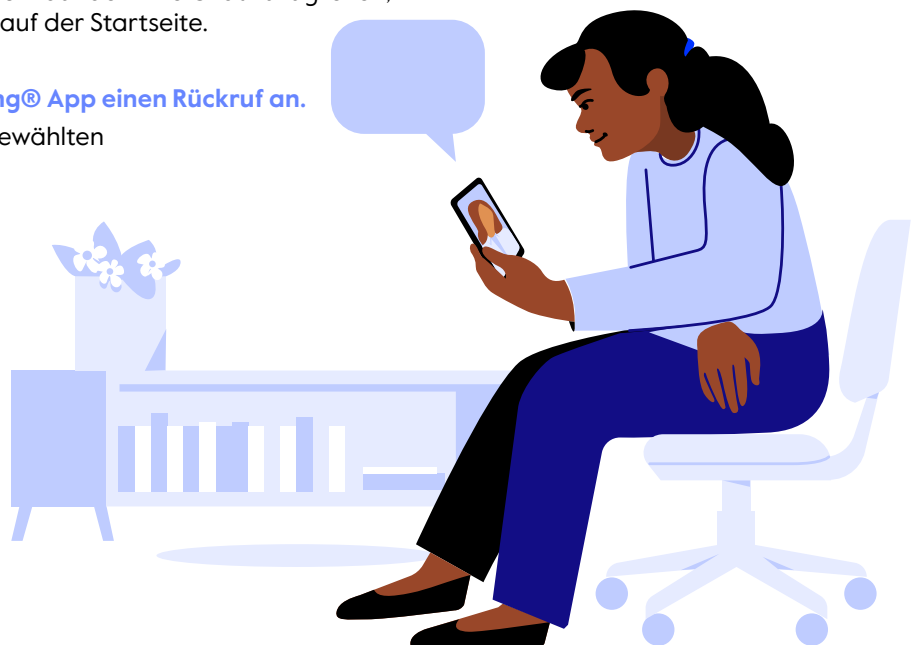


Live-Chat: zugänglich über die [Website](#). Um sich einzuloggen, geben Sie bitte „assist“ als „company code“ ein. Um auf den Live Chat zuzugreifen, klicken Sie auf „LIVECONNECT“ oben auf der Startseite.



Fordern Sie über die Cigna Wellbeing® App einen Rückruf an.

Dieser Dienst wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister angeboten.



Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements

Silver

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Gold

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Platinum

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Bei Cigna sehen wir Körper und Geist als gleichwertige Teile einer ganzheitlichen Gesundheit. Während die meisten Gesundheitslösungen nur die physische Gesundheit abdecken, ist unser Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements ein persönlicher und vertraulicher Service für Sie und Ihre Familie zur Aufdeckung und Lösung von Problemen, mit denen Sie tagtäglich am Arbeitsplatz und im Familienleben konfrontiert werden.

Alle eingehenden Anrufe beim Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements werden das ganze Jahr über 24/7 beantwortet. Sie haben Zugang zu den folgenden Dienstleistungen und Tools:

Kurzfristige Beratung:

- Bis zu 6 Beratungssitzungen per Telefon, Video oder persönlich, pro Thema und Versicherungszeitraum. Häufige Anwendungsfälle sind: Umgang mit Ängsten und Depressionen, Unterstützung von Paar- und Familienbeziehungen, Trauerfälle und mehr.

Verhaltensorientierte Gesundheit:

- Bis zu 6 Sitzungen mit einem Achtsamkeitscoach per Telefon pro Versicherungszeitraum. 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.

Unterstützung für Karriere und Arbeitsplatz:

- 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.

Praktische Bedürfnisse:

- 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.

Wichtige Hinweise:

Dieser Service ist nicht geeignet, wenn:

- 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.

Wellness Coaching

Silver

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Gold

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Platinum

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Wenn man so viel Zeit damit verbringt, seine beruflichen und privaten Verpflichtungen unter einen Hut zu bringen, kann es passieren, dass die Sorge um sich selbst an letzter Stelle steht. Vielleicht wissen Sie, was Sie ändern möchten, aber nicht so recht, wo Sie anfangen sollen. Unser Wellness Coaching hilft Ihnen, gesunde Verhaltensweisen zu entwickeln, um Ihren Lebensstil dauerhaft zu ändern.

Wir vermitteln Ihnen einen persönlichen, qualifizierten Wellness Coach, der speziell für die Änderung des Gesundheitsverhaltens ausgebildet ist. Ihr Coach arbeitet mit Ihnen zusammen, um ein bestimmtes, für Sie wichtiges Wellness-Ziel zu identifizieren, wie zum Beispiel:

- Gewichtskontrolle
- Gesunde Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Schlaf
- Stressbewältigung
- Raucherentwöhnung

Sie haben Zugang zu 6 vertraulichen Coaching-Sitzungen pro Schwerpunktbereich und Versicherungszeitraum. Ihr Coach berät Sie individuell und zielorientiert, schult Sie in Sachen Gesundheit und Wohlbefinden, entwickelt mit Ihnen eine Strategie und schenkt Ihnen Ermutigung. Coaching-Sitzungen können nach Zeitzone und Sprachpräferenzen geplant werden, und die Sitzungen können bei Bedarf auch per Telefon oder Video abgehalten werden.

Programm zur Unterstützung für die psychische Gesundheit

Bis zu 20 persönliche Beratungsgespräche pro Erkrankung und Versicherungszeitraum.

Silver

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Gold

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Platinum

**Vollständige
Kostenüber-
nahme**

Die Diagnose Angststörung oder Depression kann überwältigend sein, und es ist möglicherweise schwierig zu erkennen, welche Schritte als Nächstes zu ergreifen sind. Bei Cigna ist uns bewusst, dass Angst und Depressionen eine gezieltere Unterstützung erfordern als mildere psychische Gesundheitsprobleme, die üblicherweise mit den kurzfristigen Beratungsleistungen durch unser Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements abgedeckt sind.

Unser Programm zur Unterstützung für die psychische Gesundheit bietet langfristige psychologische Unterstützung in den Bereichen Angst und Depression, mit bis zu 20 persönlichen Beratungssitzungen pro Erkrankung und Versicherungszeitraum.

Diese vertrauliche Beratung findet als persönliche Begegnung statt (die traditionellste Form der Beratung), aber auch Video- oder Telefonsitzungen können als Alternative in Betracht gezogen werden, je nachdem, wo Sie sich befinden.

Die Teilnahme an diesem Programm zur Unterstützung für die psychische Gesundheit ist wie folgt geregelt:

- **Melden Sie sich bei dem Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements (siehe oben),** entweder telefonisch über unseren Kundendienst oder über die Cigna Wellbeing App.
- **Sprechen Sie mit einem Arzt,** der eine telefonische Ersteinschätzung durchführt. Wenn bei Ihnen eine mittelschwere bis schwere Depression oder Angstzustände diagnostiziert wurden, wird der Arzt die Überweisung an einen Psychologen für kognitive Verhaltenstherapie empfehlen.
- **Sie erhalten Erstberatungssitzungen,** in denen ein auf kognitive Verhaltenstherapie spezialisierter Psychologe in maximal zwei persönlichen Sitzungen eine Einschätzung vornimmt. Wenn persönliche Sitzungen nicht möglich sind, können auch Telefon- oder Videositzungen angeboten werden.
- **Die Beratungshilfe erstreckt sich über maximal 20 Sitzungen.** In dieser Phase und bei jeder sechsten Sitzung wird ein psychometrischer Test durchgeführt.
- **Die Behandlung beginnt, Früchte zu tragen,** und Sie fühlen sich glücklicher und gesünder.
- **Überwachen Sie Ihre Fortschritte.** Ein Fallmanager wird sich bei Ihnen melden, um sich zu vergewissern, dass Sie auf dem richtigen Weg sind.

Dieses Programm bietet Ihnen einen schnellen und einfachen Zugang zu Psychologen für kognitive Verhaltenstherapie, da unsere Berater oft in Regionen der Welt verfügbar sind, in denen der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung schwieriger ist.

Wichtige Hinweise:

Dieser Service ist nicht geeignet, wenn:

- 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 oder eine Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung als Angst oder Depression haben, z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, bipolare Störung oder Zwangsstörung; oder
- Sie unter 18 Jahre alt sind.



Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus®

Optionales Modul

Unser Internationaler Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung deckt die angemessenen Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab, wenn in einem Notfall eine Behandlung vor Ort nicht möglich ist. Diese Option umfasst auch die Deckung für die medizinische Rückführung infolge einer schweren Erkrankung oder nach einem Unfall, einem traumatischen Ereignis oder einer Operation sowie die Krankenbesuche bei einem Elternteil, Ehepartner, Partner, einem Bruder oder einer Schwester oder einem Kind, n,sofern der Begünstigte nicht evakuiert oder repatriiert wurde.

Es ist und sehr wichtig, dass Sie und Ihre Familie sich sicher fühlen, insbesondere auf Ihren weltweiten Reisen. Neben der Deckung für medizinische Evakuierung umfasst diese Option auch das Programm Crisis Assistance Plus®. Dies bietet bei Reise- oder Sicherheitsrisiken auf Ihren weltweiten Reisen rund um die Uhr zeitnahe Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort.

Internationaler Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung

Jährliches Gesamtleistungsmaximum des Internationalen Versicherungsschutzes für medizinische Evakuierung - pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

Medizinische Evakuierung	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

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 der Begünstigte evakuiert wurde, sofern die Rückreise nicht später als 14 Tage nach Abschluss der Behandlung stattfindet.

Für die Rückreise übernehmen wir die Kosten für:

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

Taxigebühren übernehmen wir nur, wenn:

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

Wir übernehmen die Kosten für die Evakuierung (aber nicht für die Rückführung), wenn der Begünstigte diagnostische Tests oder eine Krebsbehandlung benötigt (wie Chemotherapie), wenn die Evakuierung nach Auffassung unseres medizinischen Assistenzdienstes 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 Kostenübernahme abzulehnen.

	Silver	Gold	Platinum
Medizinische Rückführung	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Wenn Begünstigte aufgrund einer schweren Erkrankung oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer Operation einen medizinischen Rücktransport benötigen, übernehmen wir die Kosten: • dass sie in ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts oder Land der Staatsangehörigkeit zurückgeführt werden; und • für 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 übernehmen wir die Kosten für: • den Preis eines Flugtickets für die Economy Class; oder • angemessene Reisekosten auf dem Land- oder Seeweg, je nachdem, welche Kosten niedriger sind. Taxigebühren übernehmen wir nur, wenn: • es aus medizinischer Sicht für den Begünstigten besser ist, mit dem Taxi als mit dem Krankenwagen zum Flughafen zu fahren; und • vom medizinischen Assistenzdienst eine vorherige Genehmigung 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 vorherige Genehmigung 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 sinnvoll ist. • Für den Fall, dass Rückführungsdienste nicht von uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.			

	Silver	Gold	Platinum
Rückführung sterblicher Überreste	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
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.			

	Silver	Gold	Platinum
Reisekosten für eine Begleitperson	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Wenn ein <i>Begünstigter</i> auf der Reise von einem Elternteil, einem Bruder oder einer Schwester, einem Kind oder einem <i>Ehepartner</i> oder Partner aufgrund einer medizinischen Evakuierung oder Repatriierung begleitet werden muss, weil er: • Hilfe beim Ein- oder Aussteigen aus dem Flugzeug oder einem anderen Fahrzeug benötigt; • 1.600 km oder eine weitere Strecke reist; • unter großen Ängsten oder schwerem Kummer leidet und nicht von einer Pflegekraft, einem Sanitäter oder anderem medizinischen Personal begleitet werden kann; oder • sehr schwer krank oder verletzt ist; übernehmen wir die Kosten für den Verwandten oder Partner, der den Begünstigten begleitet. Die Reisen (dies bedeutet eine Hin- und eine Rückreise) müssen im Voraus vom <i>medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der <i>Behandlung</i> stattfinden. Wir übernehmen die Kosten für: • den Preis eines Flugtickets für die Economy Class; oder • die angemessenen Reisekosten auf dem Land- oder Seeweg; je nachdem, welche Kosten niedriger sind. Wenn dies unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen des <i>Begünstigten</i> angemessen ist, kann das Familienmitglied oder der Partner, der den Begünstigten begleitet, in einer anderen Klasse reisen. Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines <i>Begünstigten</i> <i>medizinisch notwendig</i> ist und der Begünstigte von seinem <i>Ehepartner</i> oder Partner begleitet wird, übernehmen wir auch die angemessenen Reisekosten für alle Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren, die ansonsten ohne Elternteil oder Erziehungsberechtigten zurückbleiben würden. Wichtige Hinweise: • Wir übernehmen keine Kosten für die Begleitung eines Begünstigten durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung darin bestand, dem Begünstigten eine ambulante Behandlung zu ermöglichen. • Wir übernehmen keine sonstigen Kosten im Zusammenhang mit den Reisekosten Dritter, wie Unterkunft oder Transport vor Ort.			

Wenn Sie diese Option erworben haben, steht Ihnen auch die nachfolgende Leistung für Krankenbesuche von nahen Familienmitgliedern zur Verfügung.

Krankenbesuche – Reisekosten	Silver	Gold	Platinum
Bis zu maximal 5 Reisen pro Lebenszeit bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem.	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Krankenbesuche – Lebenshaltungskosten	Silver	Gold	Platinum
Bis zur ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Tag für jeden Besuch für maximal 10 Tage pro Besuch.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
Für jeden Begünstigten übernehmen wir die Kosten für bis zu 5 Krankenbesuche während der Laufzeit der Deckung. Krankenbesuche müssen im Voraus von unserem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden. Wir übernehmen für einen Elternteil, einen Lebenspartner, einen Ehepartner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Hin- und Rückreisekosten in der Economy Class, um einen Begünstigten nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn sich der Begünstigte in einem anderen Land befindet und voraussichtlich 5 oder mehr Tage im Krankenhaus bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare Krankheit mit kurzfristigem tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde. Wir übernehmen auch die Lebenshaltungskosten, die einem Familienmitglied bei einem Krankenbesuch entstehen, wenn dieser außerhalb des Landes seines gewöhnlichen Aufenthalts erfolgt, für bis zu 10 Tage pro Besuch und bis zu den in der Leistungsübersicht aufgeführten Leistungsgrenzen (vorbehaltlich einer Vorlage der Zahlungsbelege für die entstandenen Kosten). Wichtiger Hinweis: • Im Falle einer Evakuierung oder Rückführung des Begünstigten kommen wir nicht für einen Krankenbesuch auf. Wenn während eines Krankenbesuchs eine Evakuierung oder Rückführung durchgeführt wird, übernehmen wir keine weiteren Transportkosten von Dritten.			

CRISIS ASSISTANCE PLUS® Programm

Dieses Programm wird von Experten für globale Krisenhilfe FocusPoint International® angeboten, die Reisende weltweit rund um die Uhr mit mehrsprachigen Einsatzzentralen und Ressourcen in über 100 Ländern unterstützen. Crisis Assistance Plus® (CAP) bietet zeitnahe Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort für zehn unterschiedliche Risiken, von denen die Begünstigten auf ihren Reisen betroffen sein könnten:

- Terrorismus
- Pandemiegefahr
- Drohende politische Gewalt (z.B. Streiks, Aufstände und zivile Unruhen)
- Naturkatastrophen (Bedrohung oder Eintritt)
- Erpressung bzw. Schutzgelderpressung
- Gewaltverbrechen
- Verschwinden von Personen
- Entführungen
- Erpresserische Entführungen
- Unrechtmäßige Festnahmen

Das Programm bietet Begünstigten bei Bedarf rund um die Uhr Zugang zu den globalen Hilfszentren von FocusPoint International für Beratung und koordinierte Krisenhilfe vor Ort. Je nach Situation bietet das Programm:

- Rapid-Response-Teams und spezialisierte CAP-Manager, die weltweit virtuell oder telefonisch eingesetzt werden;
- Erfahrenes Sicherheitspersonal für Rettung und Unterbringung vor Ort und die Evakuierung am Boden;
- National anerkannte Krisenkommunikationsteams;
- Hoherfahrene Experten in den Bereichen Entführung und Erpressung;
- Weiterleitung von Notfallmeldungen an Familienmitglieder oder Arbeitgeber;
- Zeitpunktbezogene geografische Informationen über drohende Gefahren; und
- Zugang zur privaten Luftflotte mit Flugzeugen, die innerhalb von 60 Minuten startklar sind (wie jeweils begründet, angemessen und notwendig).

Wichtige Hinweise:

- FocusPoint International® bietet Krisenhilfe für maximal zwei physische Vorfälle pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Das Programm bietet Zugang zu einer unbegrenzten Zahl Krisenberatungen während des Versicherungszeitraums.
- Die persönliche Inanspruchnahme der Krisenhilfe ist auf fünfundvierzig (45) Kalendertage begrenzt.
- Das Crisis Assistance Plus® Programm ist keine Versicherungspolice. FocusPoint erstattet einem Begünstigten keine Kosten, die ihm direkt und/oder die in seinem Namen entstehen und hält ihn diesbezüglich nicht schadlos. Alle weiteren Kosten werden direkt und nach eigenem Ermessen von Focuspoint übernommen.

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

- in Bezug auf Entführung oder Gewaltverbrechen durch einen Verwandten;
- Für Personen, deren Entführungsversicherung gekündigt oder abgelehnt wurde;
- Für Personen, die in der Vergangenheit entführt wurden;
- Für Entführungen einer unter Schutz stehenden Person in ihrem Wohnsitzland;
- Wenn die Dienstleistung durch die Resolutionen der Vereinten Nationen oder durch Gesetze der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten verboten wäre;
- Für die Zahlung von Lösegeld;
- Wenn der Begünstigte beschließt, trotz des erteilten, eindringlichen Rats gegen Reisen zu dem/den betreffenden Ort(en) dorthin zu reisen;
- Bei Geschäftsstreitigkeiten;
- Für zusätzliche Kosten, die durch eine nicht gedeckte Reiseverzögerung verursacht werden;
- Für Suizid oder versuchten Suizid;
- Im Zusammenhang mit einem Krieg, ob erklärt oder nicht, zwischen China, Frankreich, dem Vereinigten Königreich, der Russischen Föderation und den Vereinigten Staaten oder einem Krieg in Europa, ausgenommen Bürgerkrieg;
- Im Zusammenhang mit Durchsetzungsmaßnahmen durch oder im Namen der Vereinten Nationen, in die die oben genannten Länder oder Streitkräfte involviert sind; und
- Im Zusammenhang mit einem/einer drohenden oder tatsächlichen Verlust oder Zerstörung von Eigentum, der/die sich aus einem Folgeschaden oder einer gesetzlichen Haftung aufgrund von Radioaktivität ergeben.
- Im Zusammenhang mit Reisen aus jedwedem Grund in eines der folgenden elf (11) Länder: Afghanistan, Iran, Libyen, Nordkorea, Russland, Somalia, Sudan, Syrien, Ukraine, Venezuela oder Jemen.
- Für Such- und Seerettungsaktionen.

Im Falle einer der oben beschriebenen Krisensituationen wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst. Wir leiten Sie dann an einen Krisenberater von FocusPoint weiter, der Ihnen beratend zur Seite steht und gegebenenfalls weltweit Soforthilfe koordiniert. Damit Sie diesen Dienst nutzen zu können, müssen wir Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten an FocusPoint International® weitergeben.

FocusPoint International® übernimmt die Kosten für Krisenberatungen sowie sonstige zusätzliche Kosten in Verbindung mit versicherten Krisenfällen (bis maximal zwei „physischen Vorfällen“ pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum), darunter insbesondere:

- Evakuierungskosten bei politischen Notfallsituationen oder Naturkatastrophen;
- Rechtsberatung und Honorare bis maximal 10 Tage ab Datum des Kriseneintritts;
- Honorare und Auslagen eines unabhängigen Dolmetschers;
- Kosten für Umzug, Reise und Unterbringung;
- Honorare und Auslagen von Sicherheitspersonal, das vorübergehend und ausschließlich für den unmittelbaren Schutz eines Begünstigten engagiert wird und das sich in einem Land befindet, in dem ein Krisenereignis eingetreten ist, für maximal 45 Tage ab Datum des Kriseneintritts.

Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen

Optionales Modul

Der Internationale Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen übernimmt die Kosten für routinemäßige Augenuntersuchung des Begünstigten sowie die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen. Zudem übernimmt dies Modul ein breites Angebot an vorbeugenden, routinemäßigen und größeren zahnärztlichen Behandlungen.

Augenärztliche Leistungen

Sehtest	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für eine routinemäßige Augenuntersuchung pro Versicherungszeitraum, die entweder von einem Augenarzt oder einem Augenoptiker durchgeführt wird. Kosten für mehr als eine Augenuntersuchung pro Versicherungszeitraum übernehmen wir nicht.			
Kosten für:	Silver	Gold	Platinum
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze des von Ihnen gewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
• Brillengläser. • Kontaktlinsen. • Brillenfassungen. • Sonnenbrillen mit Sechstärke wenn diese von einem Augenarzt oder Augenoptiker verschrieben werden. Wir übernehmen keine Kosten für: • Sonnenbrillen, sofern diese nicht von einem Augenarzt oder Augenoptiker verschrieben werden; • Brillen oder Kontaktlinsen, die nicht medizinisch notwendig sind und nicht von einem Augenarzt oder Augenoptiker verschrieben werden, oder • Behandlungen oder Operationen, einschließlich Behandlungen oder Operationen, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel Laseraugenoperationen, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK). Für die Bearbeitung der Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss uns eine Kopie der Verordnung oder der Rechnung für die korrekativen Brillengläser vorliegen.			

Zahnärztliche Leistungen

Jährliches Gesamtleistungsmaximum für Zahnbehandlungen	Silver	Gold	Platinum
Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £
Präventive Behandlung	Silver	Gold	Platinum
Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für zahnärztliche Leistungen Ihres ausgewählten Tarifs pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald der Begünstigte 3 Monate für diese Option versichert war.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Wir übernehmen die Kosten für die folgenden zahnärztliche Vorsorgebehandlungen, die von einem Zahnarzt empfohlen wurden, wenn ein Begünstigter mindestens 3 Monate gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war: • 2 zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro Versicherungszeitraum; • Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügelaufnahmen, Einzelaufnahmen und Orthopantomogramm (OPG); • Zahnsteinentfernung und Politur, gegebenenfalls einschließlich örtlicher Anwendung von Fluorid (zwei pro Versicherungszeitraum); • I Mund-/Zahnschutz pro Versicherungszeitraum; • I Nachtschiene pro Versicherungszeitraum; und • Fissurenversiegelung.			

Routinebehandlung	Silver	Gold	Platinum
	80 % Rückerstattung	90 % Rückerstattung	Vollständige Kostenübernahme
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald der Begünstigte 3 Monate für diese Option versichert war. Wir erstatten die Behandlungskosten für die folgenden routinemäßigen Zahnbehandlungen, wenn der Begünstigte mindestens 3 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war (wenn die Behandlung für die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit erforderlich ist und von einem Zahnarzt empfohlen wird): • Wurzelbehandlung; • Extraktionen; • chirurgische Eingriffe; • gelegentliche Behandlungen; • Anästhesie; und • Parodontosebehandlung.			

Größere wiederherstellende Behandlung	Silver	Gold	Platinum
	70 % Rückerstattung	80 % Rückerstattung	Vollständige Kostenübernahme
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Verfügbar, sobald der Begünstigte 12 Monate für diese Option versichert war. Wir übernehmen die Behandlungskosten für die folgenden größeren restaurativen Zahnbehandlungen, wenn der Begünstigte mindestens 12 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war: • Zahnersatz (Acryl/Kunststoff, Metall und Metall/Acryl); • Kronen; • Inlays; und • Einsetzen von Zahnimplantaten. Wenn ein Begünstigter eine umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung benötigt, bevor er 12 Monate lang gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen versichert war, übernehmen wir 50 % der Behandlungskosten.			

Kieferorthopädische Behandlung	Silver	Gold	Platinum
	40 % Rückerstattung	50 % Rückerstattung	50 % Rückerstattung
Bis zu der für Ihren gewählten Tarif ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum oder, wenn „Vollständige Kostenübernahme“ angegeben ist, bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum für Ihren gewählten Tarif pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum. Erhältlich für Begünstigte unter 19 Jahren, sobald sie 18 Monate lang für diese Option versichert waren. Wir übernehmen die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen für Begünstigte unter 19 Jahren nur, wenn sie seit mindestens 18 Monaten über einen Internationalen Versicherungsschutz für Augen- und zahnärztliche Leistungen verfügen. Wir übernehmen die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen nur, wenn: • der Zahnarzt oder Kieferorthopäde, der die Behandlung durchführen wird, uns im Voraus eine ausführliche Beschreibung der vorgeschlagenen Behandlung (einschließlich Röntgenbilder und Modelle) sowie einen Kostenvoranschlag für die Behandlung vorlegt; und • wir die Behandlung im Voraus genehmigt haben.			

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 die Internationale Krankenversicherung und/oder für das optionale Modul „Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen“ wählen.

Wenn Sie für Ihre Police einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung gewählt haben, werden zunächst dieser Selbstbehalt bzw. diese Kostenbeteiligung vollständig in Anspruch genommen, bevor Sie die Kostenübernahme für eine Behandlung oder die Erstattung für Behandlungskosten beantragen können. Der gewählte Selbstbehalt und/oder die gewählte Kostenbeteiligung werden nicht von den für Ihren Tarif geltenden individuellen Leistungsgrenzen abgezogen.

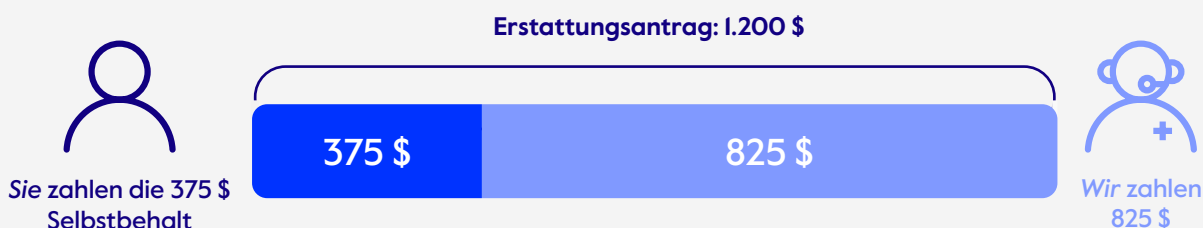
- **Selbstbehalt** - Dies ist der Betrag, den Sie für Ihre Behandlung zahlen müssen, bis der Selbstbehaltsbetrag für den Versicherungszeitraum erreicht ist.
- **Kostenbeteiligung** - Dies ist der prozentuale Anteil, den Sie an Ihren Behandlungskosten selbst tragen müssen. Dieser Betrag findet nach Berechnung des Selbstbezahls (falls ausgewählt) Anwendung.
- **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.

Beispiel 1:

So funktioniert der **Selbstbehalt**

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

Sobald der Selbstbehalt erreicht ist, übernehmen wir alle weiteren Behandlungskosten für diesen Versicherungszeitraum. In diesem Beispiel ist der Selbstbehalt für diesen Versicherungszeitraum erreicht.

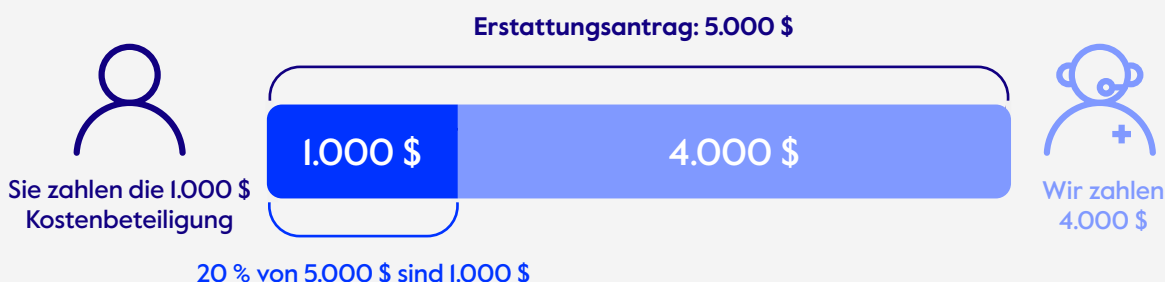


Beispiel 2:

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.



Beispiel 3:

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

Antragswert: **20.000 \$**

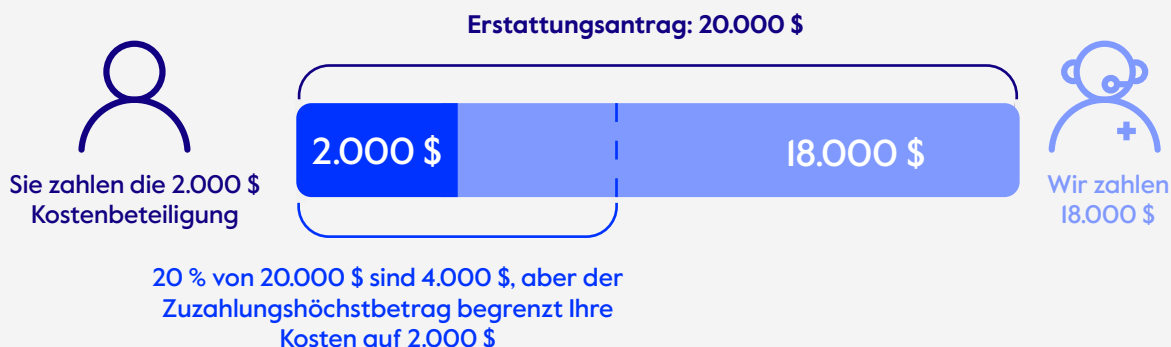
Selbstbehalt: **0 \$**

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 \$**

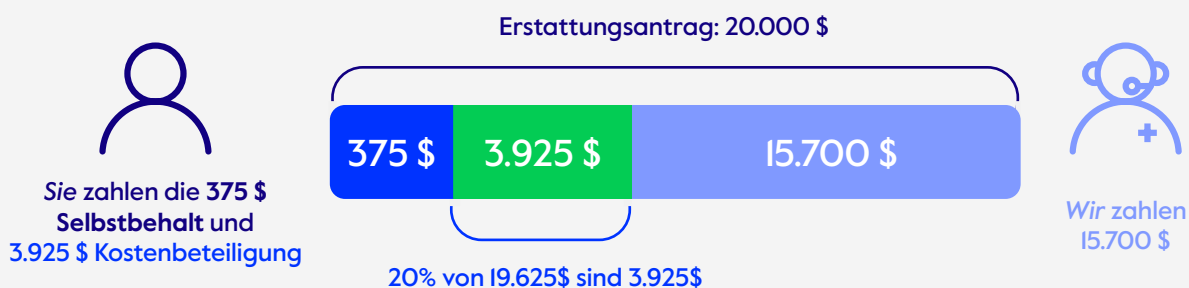
Selbstbehalt: **375 \$**

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.
- Werfen Sie einen Blick auf Ihre Versicherungsbescheinigung in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich und vergewissern Sie sich über den von Ihnen gewählten Selbstbehalt bzw. die gewählte Kostenbeteiligung.

Wussten Sie schon...?

Zusätzlicher Versicherungsschutz ist in der Standardversicherung nicht enthalten

Die Cigna Global Health Options-Tarife können durch vier zusätzliche optionale Module ergänzt werden und damit ihren Krankenversicherungsschutz erhöhen:

- Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen
- Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden
- Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus®
- Internationaler Versicherungsschutz für zahnärztliche und augenärztliche Leistungen

Sie können Ihre Internationale Krankenversicherung bei Antragstellung, Vertragsverlängerung oder auch während des Versicherungszeitraums um diese Module ergänzen. Ihre Auswahl ist auf Ihrer Versicherungsbescheinigung vermerkt. Sie finden dieses wichtige Dokument in Ihrem Online-[Kundenbereich](#) unter Dokumente.

Leistungen mit Altersbeschränkung:

Versicherungsnehmer und Begünstigte müssen mindestens 18 Jahre alt sein, um Zugang zur Gesundheitsversorgung und Behandlungen des optionalen Moduls Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten.

In jeder Police enthaltene Basisleistungen:

Manche ambulante Behandlungen sind durch den Standardversicherungsschutz der Internationalen Krankenversicherung gedeckt:

- Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung
- Fortschrittliche medizinische Bildgebung
- Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme
- Nierendialyse
- Krebsbehandlung
- Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung (nur Gold- und Platinum-Tarife)

Ein Selbstbehalt, den Sie im Rahmen des Standardversicherungsschutzes der Internationalen Krankenversicherung gewählt haben, gilt auch für die oben aufgeführten ambulanten Behandlungen, ausgenommen Behandlungen in der Unfall- und Notaufnahme, auf die kein Selbstbehalt angewendet wird.

Zusätzliche Leistungen, auf die kein Selbstbehalt angewendet wird:

Im Einklang mit den Versicherungsbedingungen unterliegen die folgenden Leistungen keinem Selbstbehalt:

- Krankenhaustagegeld
- Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme
- Versorgung von Neugeborenen
- Global Telehealth

Im Einklang mit den Versicherungsbedingungen unterliegen folgende Leistungen keinem Selbstbehalt:

- Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden
- Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus®
- Internationaler Versicherungsschutz für zahnärztliche und augenärztliche Leistungen

Häufig gestellte Fragen

So sprechen Sie mit einem Arzt:

Global Telehealth

Der Global Telehealth Service verschafft Ihnen den Zugang zu einer unbegrenzten Zahl Video- oder Telefonsprechstunden bei einem unserer ausgewählten Ärzte. Dieser Dienst steht Ihnen für nicht notfallbedingte Gesundheitsfragen über die Cigna Wellbeing® App oder über eine Weiterleitung durch unseren Kundendienst zur Verfügung.

Die Kosten für Behandlungen oder verschriebene Medikamente nach einer Global Telehealth-Konsultation übernehmen wir nur dann, wenn Sie sich im Rahmen Ihrer Versicherung für das optionale Modul Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen entschieden haben.

So sprechen Sie mit jemandem in Bezug auf Ihre Police:

Die Kontaktdaten unseres Kundendienstes entnehmen Sie bitte [Seite 2](#).

So erhalten Sie Zugang zu Behandlungen:

Eine Erläuterung, wie Sie Zugang zu Behandlungen erhalten, finden Sie auf [Seite 8](#). Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst.

So zahlen Sie für die Behandlung:

Eine Erläuterung, wie Cigna Healthcare die Kosten für Arztrechnungen übernimmt oder wie Sie eine Kostenerstattung beantragen, finden Sie auf [Seite 10](#). Für das Einreichen eines Erstattungsantrags finden Sie eine ausführlichere Beschreibung auf [Seite 13](#).

Wie hoch ist der Anteil, den ich an den Kosten meiner Behandlung (gemäß Erstattungsantrag) zahlen muss?

Die Höhe des/der für Ihre Police geltenden Selbstbehalts bzw. Kostenbeteiligung können Sie Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Ein(e) für Ihren Tarif gewählte(r) Selbstbehalt und/oder Kostenbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr.

Denken Sie daran: Es ist wichtig, einen Erstattungsantrag einzureichen, auch wenn Sie die Kosten einer Behandlung selbst gezahlt haben. Denn dieser Betrag wird auf den für Ihre Police geltenden Selbstbehalt angerechnet.

Sie [Seite 43](#) für die Funktionsweise von Selbstbehalt und Kostenbeteiligung.

Was passiert am Ende eines Versicherungsjahres?

45 Tage vor Ihrem Verlängerungsdatum erhalten Sie eine E-Mail mit einer Einladung, Ihre Police zu verlängern, sowie ein entsprechendes Erklärungsschreiben. Beides finden Sie außerdem in Ihrem Kundenportal.

Wenn Sie zu diesem Zeitpunkt Änderungen an Ihrer Police vornehmen möchten, können Sie sich über die in Ihrer Vertragsverlängerungs-E-Mail angegebenen Kontaktdaten mit einem persönlichen Ansprechpartner unseres Kundenbindungsteams in Verbindung setzen.

Wenn Sie Ihre Police im Wesentlichen unverändert beibehalten, erfolgt bei Vertragsverlängerung keine erneute medizinische Risikoprüfung. Wir stellen keine neuen oder weiteren medizinischen Fragen, wenn es nicht erforderlich ist. Wir legen bei Vertragsverlängerung für die neue Prämie nicht die während des Versicherungsjahres eingereichten bzw. nicht eingereichten Erstattungsanträge zugrunde.

Begriffsbestimmungen

Ambulant

Ein ambulanter Patient ist ein Patient, der im Tagesklinikbereich eines Krankenhauses, in einer Arztpraxis oder einer Tagesklinik oder einer anderen medizinischen Einrichtung für ambulante Behandlungen behandelt wird, der jedoch weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

Ein Beispiel für eine ambulante Behandlung ist der Besuch einer Tagesklinik, um sich einen Leberfleck entfernen zu lassen, d. h. eine Behandlung, für die Sie nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen und für die keine Vollnarkose erforderlich ist.

Ärzte

ein Arzt, Facharzt, qualifizierter Krankenpfleger oder Therapeut (einschließlich Logopäden, Ernährungsberater oder Orthoptisten), Zahnchirurg oder Zahnarzt, der registriert und entsprechend qualifiziert ist und über eine Approbation verfügt, um Behandlungen nach dem Recht des Landes, Bundesstaates oder anderen geregelten Gebiets, in dem die Behandlungen angeboten werden, zu erbringen, und der nicht unter dieser Police versichert ist und kein Familienmitglied einer unter dieser Police versicherten Person ist.

Angeborene Erkrankung(en)

jede Anomalie, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit oder Verletzung bei der Geburt, unabhängig davon, ob diagnostiziert oder nicht.

Angemessene Altersabstände

Alterstabelle bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von siebzehn Jahren, wie von der American Academy of Pediatrics (AAP) festgelegt.

Ausgewählter Geltungsbereich

bezeichnet entweder:

- Weltweit mit USA (jedes Land auf der ganzen Welt, mit Ausnahme der Länder, mit denen die Bundesregierung der Vereinigten Staaten von Amerika am Tag des Behandlungsbeginns den Handel untersagt hat, sodass Zahlungen nach geltendem Recht unzulässig sind); oder
- Weltweit ohne USA (weltweit, mit Ausnahme der USA).

Begünstigte, Begünstigter

alle auf Ihrer Versicherungsbescheinigung genannten Personen, die über diese Police versichert sind, einschließlich Neugeborener.

Behandlung

jede chirurgische oder medizinische Behandlung, die von einem Arzt überwacht wird und in einer medizinischen Einrichtung stattfindet und die medizinisch notwendig ist, um Erkrankungen, Krankheiten oder Verletzungen zu diagnostizieren, zu heilen oder wesentlich zu lindern.

Einer amtlichen Arzneimittelliste

Eine Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, gültig für alle Ansprüche von Apotheken in den USA. Diese Liste wird von Cigna Healthcare mit Unterstützung unseres Pharmazie- und Therapeutikkomitees erstellt und zweimal jährlich aktualisiert. Alle Medikamente, die in unserer amtlichen Arzneimittelliste enthalten sind, wurden von der U.S. Food and Drug Administration (FDA) zugelassen. Rezeptfreie

Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind (mit Ausnahme von Insulin), sind von unserer amtlichen Arzneimittelliste ausgeschlossen, sofern eine Deckung dieser Medikamente nicht durch Länder- oder Bundesgesetzgebung vorgeschrieben ist. Über Änderungen, die sich auf die Deckung eines von Ihnen zu dem Zeitpunkt benötigten Medikaments auswirken, setzen wir Sie in Kenntnis.

Evidenzbasierte Behandlung

Behandlung, die erforscht, überprüft und anerkannt wurde von:

- dem National Institute for Health and Clinical Excellence (Nationales Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz); oder
- Internationalen klinische Leitlinien.

Jährliches Verlängerungsdatum

Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Kostenübernahmeerklärung

eine verbindliche Garantie von uns an einen Begünstigten, eine medizinische Einrichtung oder einen Arzt, dass wir einem Gesundheitsdienstleister die für eine bestimmte Behandlung vereinbarten Kosten zahlen.

Land der Staatsangehörigkeit

das Land, dessen Staatsbürger, Staatsangehöriger oder Untertan der Begünstigte ist, wie im Aufnahmeantrag angegeben.

Land des gewöhnlichen Aufenthalts

das Land, in dem ein Begünstigter seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, wie im Aufnahmeantrag angegeben.

Medizinische Einrichtungen

dies umfasst eine Organisation oder Institution, die in dem Land, in dem sie ansässig ist und in dem sich der Begünstigte in täglicher Behandlung oder unter der täglichen Aufsicht eines Arztes oder einer qualifizierten Pflegekraft befindet, registriert oder lizenziert ist oder als medizinische(s) oder chirurgische(s) Klinik oder Krankenhaus zugelassen ist.

Medizinischer Assistenzdienst

ein Dienst, der im Einklang mit den Internationalen klinischen Leitlinien medizinische Beratung, Evakuierung, Hilfe und Rückführung bietet. Dieser Dienst kann mehrsprachig sein, und Hilfe ist vierundzwanzig (24) Stunden am Tag verfügbar.

Medizinisch notwendig/medizinische Notwendigkeit

medizinisch notwendige abgedeckte Leistungen und Hilfsmittel, die im Einklang mit den vom medizinischen Team entsprechend den Internationalen klinischen Leitlinien wie folgt festgelegt sind:

- Sie sind für die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder deren Symptome erforderlich;
- Sie sind orthodox und erfolgen in Übereinstimmung mit allgemein anerkannten Standards der medizinischen Praxis;
- Sie sind klinisch angemessen in Bezug auf Art, Häufigkeit, Umfang, Ort und Dauer;
- Sie dienen nicht in erster Linie der Annehmlichkeit des Begünstigten, Arztes oder der medizinischen Einrichtung; und

- Sie werden in der günstigsten Umgebung erbracht, die für die Erbringung der Dienstleistungen und Hilfsmittel geeignet ist.

Gegebenenfalls kann das medizinische Team das Kosten-Nutzen-Verhältnis verschiedener Dienste, Umgebungen oder Hilfsmittel vergleichen, um die jeweils günstigste Umgebung zu bestimmen.

Notfallbehandlung

medizinisch notwendige Behandlung, um die unmittelbaren und erheblichen Folgen einer Erkrankung, Verletzung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu verhindern, die unbehandelt zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen könnten. Gedeckt sind ausschließlich medizinische Behandlungen, die von einem Arzt oder Facharzt durchgeführt werden bzw. einen Krankenhausaufenthalt erfordern und die innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis eingeleitet werden.

Police

die Police umfasst:

- den Antrag des Versicherungsnehmers und alle Erklärungen, die er im Rahmen seines Mitgliedschaftsantrags für ihn und alle Begünstigten abgegeben hat;
- die Versicherungsbedingungen;
- diesen Kundenleitfaden (der die Leistungsübersicht und die Informationen zu Erstattungsanträgen enthält);
- Ihre Versicherungsbescheinigung (auf der die Versicherungsnummer, die Jahresprämie, das Startdatum sowie die Höhe des Selbstbehalts und/oder der Kostenbeteiligung (falls ausgewählt) aufgeführt werden sowie Angaben darüber, wer versichert ist, etwaige besonderen Ausschlüsse, die gegen eine Zusatzprämie aufgehoben wurden, sowie der Krankenversicherungstarif und die gewählten Optionen (soweit zutreffend)); und
- Ihre Cigna Healthcare-Mitgliedskarte.

Stationärer Patient

ein Patient, der aus medizinischen Gründen in eine medizinische Einrichtung eingewiesen wird und über Nacht oder länger ein Bett belegt.

Ein Beispiel für eine stationäre Behandlung ist die Operation nach einem Herzinfarkt, nach der Patienten die darauffolgende Nacht im Krankenhaus verbleiben müssen.

Teilstationärer Patient

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.

Ein Beispiel für eine teilstationäre Behandlung wäre ein Krankenhausaufenthalt für die Chemotherapie im Rahmen der Krebsbehandlung oder eine Endoskopie im Rahmen der diagnostischen Untersuchung.

Versicherungszeitraum

für diese Police gilt ein Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten und ein maximaler Versicherungszeitraum zwölf (12) Monaten mit jährlicher Verlängerung. Der Versicherungszeitraum beginnt am Startdatum und läuft bis zum Enddatum, wie in der Versicherungsbescheinigung angegeben, bzw. zu einem früheren Zeitpunkt, sofern die Police gemäß den Versicherungsbedingungen gekündigt wird

Vorabgenehmigung/vorherige Genehmigung

bezieht sich auf den formalen Prozess der Kontaktaufnahme mit uns, um eine Bestätigung darüber zu erhalten, dass die medizinische Behandlung abgedeckt ist und dass die medizinische Einrichtung als von Cigna Healthcare zugelassener medizinischer Gesundheitsdienstleister angesehen wird, der die Cigna Healthcare-Qualitätsstandards erfüllt. Die Genehmigung durch uns basiert auf der von unserem medizinischen Team durchgeführten Notwendigkeitsprüfung, in deren Rahmen wir bei Bedarf eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen können. Die medizinische Behandlung, die eine vorherige Genehmigung erfordert, ist in der Leistungsübersicht in Ihrem Kundenleitfaden klar angegeben. **Wenn die erforderliche vorherige Genehmigung nicht bei uns angefordert wird, reduziert sich der Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen werden.**

Zahnärztliche Unfallbehandlung

medizinisch notwendige Behandlung im Rahmen des Genesungsprozesses nach einer schweren Verletzung oder einem Unfall, die dafür sorgen soll, dass der Begünstigte seinen vorherigen Gesundheitszustand wiedererlangt.

Wichtige Informationen

Ausschlüsse für Zahnbehandlungen

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

Wir übernehmen keine Kosten 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 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 dieser Police erlitten hat, irreparabel beschädigt; oder
 - 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 Internationalen Krankenversicherung und/oder des Internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen abgedeckt werden, sofern diese Option abgeschlossen wurde, es sei denn, die Zahnbehandlung ist der Grund für Ihren Krankenhausaufenthalt.
- Bissregistrierung, Präzisions- oder Semipräzisionsgeschiebe.
- Behandlungen, Verfahren, Hilfsmittel oder Restaurationen (außer Vollprothesen), deren Hauptzweck darin besteht:
 - vertikale Stellungen zu verändern; oder
 - den Zustand oder Fehlfunktionen des Kiefergelenks zu diagnostizieren oder zu behandeln; oder
 - periodontal angegriffene Zähne zu stabilisieren; oder
 - die Okklusion („Schlussbissstellung“) zu korrigieren.

Medizinische Evakuierung & Rückführung

Die folgenden wichtigen Hinweise und allgemeinen Bedingungen gelten für alle Versicherungsleistungen, die im Rahmen der Option Internationaler Versicherungsschutz für Medizinische Evakuierung gewährt werden.

Wichtige Hinweise

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Dienstleistungen im Rahmen dieser Police werden vom medizinischen Assistenzdienst bereitgestellt oder organisiert.

Die folgenden Bedingungen gelten sowohl für medizinische Notfallevakuierungen als auch für Rückführungen:

- alle Evakuierungen und Rückführungen müssen vom medizinischen Assistenzdienst, der über den Kundendienst kontaktiert werden kann, 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 dieser Police 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 soll, muss folgende Bedingungen erfüllen:
 - die Behandlung des Begünstigten muss gemäß dieser Police abgedeckt sein; und
 - an dem Ort, von dem der Begünstigte evakuiert oder rückgeführt werden soll, nicht verfügbar sein;
 - Der Begünstigte muss bereits gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung versichert sein, bevor er den Evakuierungs- und Rückführungsdienst in Anspruch nehmen kann;
 - 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 Weltweit einschließlich USA gekauft hat).
- Wir übernehmen die Kosten für Evakuierungs- oder Rückführungsdienste nur, 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 Versicherungsbedingungen garantieren nicht, dass Evakuierungs- oder Rückführungsdienste auf Anfrage immer verfügbar sind, auch wenn sie medizinisch angemessen sind.
- Wir übernehmen die Kosten für Krankenhausaufenthalte nur, 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 Internationalen Krankenversicherung gezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen Versicherungsoption), vorausgesetzt die Behandlung ist gemäß dieser Police gedeckt und Sie haben den entsprechenden Versicherungsschutz gekauft.
- 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 übernehmen die Kosten für Evakuierung, Rückführung und Transport durch Dritte nur, wenn die Behandlung, für die oder aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, entsprechend dieser Police 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 Begünstigten behandeln und unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen getroffen.



**Stärkung der Gesundheit und
Vitalität unserer Kunden**

Möchten Sie mit uns in Verbindung treten?

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



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



Rufen Sie uns an

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

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

Wenn Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., Singapore Branch, Versicherer Ihrer Police ist, gilt Folgendes:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., Singapore Branch, (Registrierungsnummer: TIOFCOI45E) ist eine ausländische Niederlassung der Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., eine in Belgien eingetragene Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Ihr Sitz befindet sich in 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapur 189721.

Diese Police ist durch das gesetzliche Einlagensicherungssystem „Policy Owners' Protection Scheme“ geschützt, das von der Singapore Deposit Insurance Corporation (SDIC) reguliert wird. Die Absicherung Ihrer Police erfolgt automatisch. Es sind keine weiteren Maßnahmen Ihrerseits erforderlich. Für weitere Informationen über die Arten der durch den Plan gedeckten Leistungen sowie die gegebenenfalls anwendbaren Deckungsgrenzen treten Sie bitte mit uns in Kontakt oder besuchen Sie die Websites der General Insurance Association (GIA) oder der SDIC (www.gia.org.sg bzw. www.sdic.org.sg).

*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" ist eine eingetragene Dienstleistungsmarke von Cigna Intellectual Property, Inc. und wird von der Cigna Group und ihren Tochtergesellschaften in Lizenz verwendet. 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.
© 2024 Cigna Healthcare

591048 CGHO Kundenleitfaden DE 02/2025