Cigna Global Health Options

Vertrags-Bedingungen

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und Definitionen in Bezug auf Ihren Plan

INHALT

Bitte lesen *Sie* diese *Vertragsbedingungen* zusammen mit *Ihrer Versicherungsbescheinigung* und *Ihrem* Kundenleitfaden durch, denn sie sind alle Bestandteil *Ihres Vertrages* zwischen *Ihnen* und *uns*. Bei Bedarf können *Sie* sich von einem Experten beraten lassen, wenn *Sie* herausfinden möchten, ob dieser *Versicherungsvertrag* für *Sie* angemessen ist.

Die Bedeutung der in Kursivdruck *geschriebenen* Worte und Begriffe wird in Abschnitt 3 „Definitionen" definiert.

Bitte lesen *Sie* unten, wo *Sie* alle wichtigen Informationen über *Ihre* Cigna Global Health Options Versicherung finden.

Rechtliche und aufsichtsrechtliche Informationen Seite 3

Beschwerden Seite 3

Kontakt Seite 3

Abschnitt I: Allgemeine Bedingungen Seite 4

1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung 4
2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes 4
3. Die Informationen, die Sie uns mitteilen 5
4. Kostenlose Probezeit 5
5. Prämien und andere Gebühren 6
6. Kündigung 7
7. Betrug 8
8. Versicherungsoptionen 9
9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil 10
10. Hinzufügen von Anspruchsberechtigten 11
11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit 12
12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden 12
13. Vertragsverlängerung 12
14. Datenschutz 13
15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen? 13
16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten 14
17. Sonstige Versicherungen 14
18. Vertragsanpassungen 14
19. Sanktionen 14
20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten 15

Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien Seite 16

Abschnitt 3: Definitionen Seite 20

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Die Versicherung wird bereitgestellt von:
Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Plantin en Moretuslei 309,
2140 Antwerpen,
Belgium

Cigna unterliegt in Belgien der Aufsicht der Belgischen Nationalbank (La Banque Nationale de Belgique/De Nationale Bank van België) und wird von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (L'Autorité des services et marchés financiers/De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) für die Integrität der Finanzmärkte und die faire *Behandlung* von Finanzverbrauchern reguliert.

Dieser *Vertrag* ersetzt keine staatliche Krankenversicherung. *Sie* sollten sich angemessen beraten lassen, bevor Sie die Beitragszahlungen Ihrer staatlichen Krankenversicherung einstellen.

BESCHWERDEN

Alle Beschwerden sollten zuerst an *uns* an die Adresse geschickt werden, die im Abschnitt „Kontakt" angegeben ist. Wurde der Beschwerde nicht abgeholfen, kann sie an den Financial Ombudsmann Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR

Telefon: **0800 0 234 567**
oder außerhalb des Vereinigten Königreichs: **+44 (0) 2079 640 500**
E-Mail: **complaint.info@financial-ombudsman.org.uk**

Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde bei den Ombudsleuten in einem von *Ihnen bestimmten Land* einzureichen. Weitere Details erhalten *Sie* von *uns* auf Anfrage unter der Adresse, die weiter unten im Abschnitt „Kontakt" angegeben ist.

Der „Financial Ombudsmann Service" kann bei den meisten (jedoch nicht allen) Beschwerden eine Entscheidung treffen. Sein Beschluss ist für *uns* bindend, kann jedoch von dem Beschwerdeführer abgelehnt werden, wobei seine gesetzlichen Rechte (einschließlich seines Rechts, die Beschwerde vor ein Gericht zu bringen) unberührt bleiben.

Soweit nicht anders vereinbart, gelten für diesen *Vertrag* die Gesetze von England und Wales und dieser ist in Übereinstimmung mit ihnen zu interpretieren.

Alle Streitigkeiten in Bezug auf diesen *Vertrag*, einschließlich Streitigkeiten in Bezug auf seine Gültigkeit, Gestaltung und Kündigung, werden ausschließlich durch die Gerichte von England und Wales entschieden.

Kontakt

Wenn Sie diese Police nach dem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten kündigen wollen, senden Sie uns bitte eine E-Mail an:**cignaglobal_customer.care@cigna.com**
Für Details lesen *Sie* bitte die Klausel 6 dieser *Vertragsbedingungen*. *Sie* müssen *Ihre Vertragsnummer*, *Ihren* vollständigen Namen und die im *Antragsformular* angegebene Adresse angeben.
Sie können *uns* auch an folgende Adresse schreiben:
Cigna Global Health Options
Customer Care Team
1 Knowe Road, Greenock
Scotland PA15 4RJ
Bei Bedarf können *Sie* unser rund um die Uhr* erreichbares Kundendienstteam anrufen unter:
+44 (0) 1475 788 182 oder innerhalb der *USA* unter **800 835 7677.**

* Bei bestimmten Fragen kann unser Kundendienst Sie an unser internes Team von Spezialisten verweisen, die die während der Arbeitszeiten (Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr CET) zur Verfügung stehen.

ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung

1.1
Der *Vertrag* wird nur *Anspruchsberechtigten* angeboten, bei denen das *Aufenthaltsland* und das *Land der Staatsangehörigkeit* übereinstimmen.

1.2
Dieser *Vertrag* bietet *Ihnen* nur dann Versicherungsschutz, wenn *Sie* ein Staatsangehöriger eines *bestimmten Landes* sind und *Ihr gewöhnliches Aufenthaltsland dasselbe Land* ist.

1.3
In diesem *Vertrag* haben *Sie* die Möglichkeit, weitere Personen (z. B. Familienmitglieder) als *Anspruchsberechtigte Ihrem Vertrag* hinzuzufügen, sofern ihr *gewöhnliches Aufenthaltsland* dasselbe *bestimmte Land* wie bei *Ihnen* ist. Bitte beachten Sie, dass die Entscheidung über die Hinzufügung weiterer *Anspruchsberechtigter* in *unserem* alleinigen Ermessen liegt (siehe Klausel II für weitere Details).

1.4
Vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen, Ausschlüsse dieses *Vertrags* (und der besonderen Ausschlüsse, die ggf. in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* angegeben sind) übernimmt *Cigna Healthcare* die Kosten für medizinische und damit verbundene Ausgaben im Zusammenhang mit *aus medizinischer Sicht notwendiger Behandlung*, die von einem *Arzt* empfohlen und innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* für *Verletzungen* und Krankheiten erbracht wird. Die *Behandlung* muss während der *Versicherungsdauer* erfolgen, wobei Selbstbeteiligungen, Eigenanteile und Deckungsgrenzen gelten können. In einigen Fällen können *wir* nach *unserem* eigenen Ermessen gegen die Zahlung einer zusätzlichen Prämie auf einen Ausschluss verzichten. Dies wird *zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses* vereinbart.

1.5
Sie müssen zum Zeitpunkt, in dem Sie diesen Vertrag abschließen, mindestens achtzehn (18) Jahre alt sein.

1.6
Sollte sich zwischen dem Datum *Ihres Antragsformulars* und dem *eigentlichen Startdatum Ihres Vertrags* eine Änderung ergeben und sollten sich die Informationen, die *Sie uns* in *Ihrem Antragsformular* übermittelt haben, während dieses *Zeitraums* ändern, müssen *Sie uns* dies mitteilen. Im Falle einer wesentlichen Änderung *Ihres uns* mitgeteilten Gesundheitszustands vor dem eigentlichen Beginn des *Vertrags* behalten wir uns das Recht vor, den *Vertrag* zu kündigen oder zusätzliche Prämien oder Ausschlüsse anzuwenden. Wenn *Sie* es versäumen, *uns* über etwaige Veränderungen *Ihres* Gesundheitszustands während dieses *Zeitraums* zu informieren, können *wir* dies als eine Falscherklärung betrachten, die sich auf den Versicherungsschutz *Ihres Vertrags* oder auf die Zahlung von Schadenrückerstattungen auswirken kann.

1.7
Dieser *Vertrag* deckt keine Kosten für *Behandlungen*, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder nach Ende des Versicherungsschutzes erfolgen (selbst dann, wenn *wir* die *Behandlung* vor dem Ende des Versicherungsschutzes genehmigt haben).

2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

2.1
Diese Police ist ein sich jährlich verlängernder Vertrag mit einem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten und einem maximalen Versicherungszeitraum zwölf (12) Monaten. Das bedeutet, dass der Versicherungszeitraum ein (1) Jahr nach dem Startdatum endet, sofern der Vertrag nicht vor dem Enddatum gekündigt oder automatisch verlängert wird. Weitere Informationen zur Vertragsverlängerung am

Ende eines Versicherungszeitraums entnehmen Sie bitte Klausel 13.

2.2

Vorbehaltlich Klausel 4 gilt: Wenn diese Police innerhalb der ersten drei (3) Monate nach dem anfänglichen Startdatum endet, werden die für die ersten drei (3) Monate der Deckung gezahlten Prämien, nicht zurückerstattet, unabhängig davon, ob Sie während dieses Versicherungszeitraums Erstattungsanträge eingereicht haben oder nicht. Zudem sind Sie verpflichtet, die für diesen anfänglichen Zeitraum von drei (3) Monaten gegebenenfalls noch ausstehenden Prämien zu zahlen.

Endet diese Police nach den ersten drei (3) Monaten des anfänglichen Startdatums, aber vor dem Enddatum, werden die Prämien, die für den Zeitraum nach Beendigung des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, anteilig zurückerstattet, sofern während des Versicherungszeitraums keine Erstattungsanträge eingereicht wurden oder noch eingereicht werden müssen und keine Kostenübernahmeerklärungen ausgestellt wurden.

Endet diese Police nach den ersten drei (3) Monaten des anfänglichen Startdatums, aber vor dem Enddatum und haben Sie Erstattungsanträge eingereicht oder Behandlungen erhalten, die noch nicht erstattet wurden, müssen Sie die in Bezug auf die Police noch ausstehenden Prämien zahlen.

2.3

Wenn *Sie* sterben, endet der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten*, es sei denn, ein *Anspruchsberechtigter* kontaktiert *uns* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem im in der Sterbeurkunde angegebenen Datum. Wenn einer der *Anspruchsberechtigten* den Versicherungsschutz zu *unseren Vertragsbedingungen* fortsetzen und selbst der *Versicherungsnehmer* werden möchte, muss er *uns* innerhalb von dreißig (30) Tagen darüber informieren und *uns* eine Kopie der Sterbeurkunde zusenden. Wenn ein *Anspruchsberechtigter* den Versicherungsschutz nicht als *Versicherungsnehmer* fortsetzen möchte, endet der Versicherungsschutz und *wir* übernehmen keine Kosten mehr für *Behandlungen* oder Services, die am oder nach dem Tag entstehen, an dem der Versicherungsschutz endet.

3. Die Informationen, die Sie uns mitteilen

Unsere Entscheidung über die Annahme dieses *Vertrags* und die festgelegten Bedingungen und Prämien beruhen auf den Informationen, die *Sie uns* mitgeteilt haben. *Sie* müssen alle Fragen, die *wir Ihnen* stellen, sorgfältig beantworten und sicherstellen, dass alle Informationen richtig und vollständig sind.

Sollten *wir* aus triftigen Gründen feststellen, dass *Sie uns* vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder irreführende Informationen mitgeteilt haben, könnte dies den *Vertrag* oder etwaige Schadenrückerstattungen negativ beeinflussen. Beispielsweise können wir:

- diesen *Vertrag* als nicht existent ansehen und die Zahlung von Schadenrückerstattungen oder Prämienrückzahlungen verweigern.*Wir werden diese Maßnahme nur ergreifen, wenn wir Ihnen einen Versicherungsschutz angeboten haben, den wir ansonsten nicht gewährt hätten;*

- die Bedingungen *Ihrer Versicherung* ändern. *Wenn* ein Schaden durch *Ihre* Fahrlässigkeit negativ beeinflusst wurde, können *wir* die geänderten Bedingungen rückwirkend anwenden, als wären sie bereits gültig gewesen, oder

- den *Vertrag* gemäß 6.2 kündigen.

Wenn einer der oben angeführten Fälle eintritt, werden *wir Sie* schriftlich darüber informieren.

Sollten *Sie* erfahren, dass Informationen, die *Sie uns* mitgeteilt haben, inkorrekt sind, müssen *Sie uns* schnellstmöglich darüber informieren. Die Möglichkeiten für die Kontaktaufnahme sind auf Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* angeführt.

4. Kostenlose Probezeit

Sie haben das gesetzliche Recht, Ihre Police innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Startdatum Ihrer Police zu kündigen. Wenn

Sie die Police innerhalb der gesetzlichen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen stornieren möchten und wir keinen Erstattungsanspruch beglichen und keine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben, werden wir Ihre Prämie vollumfänglich erstatten. Haben wir indes einen Erstattungsantrag beglichen oder eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt, werden wir eine gezahlte Prämie nicht zurückerstatten. Wenn Sie diese Police kündigen wollen, treten Sie bitte über eine der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt" auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen mit uns in Kontakt.

Wenn Sie von Ihrem Recht, diese Police während der kostenlosen Widerspruchsfrist zu kündigen, nicht Gebrauch machen, bleibt die Police ab dem anfänglichen Startdatum für einen Mindestzeitraum von drei (3) Monaten, einschließlich der Widerspruchsfrist, in Kraft, und Sie sind verpflichtet, die diesbezüglich fälligen Prämienzahlungen an uns zu leisten.

Ihre sonstigen Kündigungsrechte, von der gesetzlichen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen abgesehen, entnehmen Sie bitte Klausel 6 dieser Police.

5. Prämien und andere Gebühren

5.1

Ihre Versicherungsbescheinigung legt die Prämie und alle sonstigen zu zahlenden Gebühren (wie Steuern) fest, und gibt an, wann und wie diese gezahlt werden müssen. Wie in Klausel 2 angegeben, müssen Sie die Prämie für einen Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten zahlen, unabhängig von der gewählten Zahlungshäufigkeit.

Die Zahlungen müssen in der Währung und in der Weise erfolgen, die auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben ist.

5.2

Wenn Sie oder ein Begünstigter nicht vorher die Genehmigung für die erforderliche stationäre und ambulante Behandlung einholen, reduzieren wir den Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen werden, um zwanzig (20) Prozent.

Bei medizinischen Kosten in den USA: Wenn Sie oder ein Begünstigter sich für eine Behandlung in einem Krankenhaus, einer Klinik, bei einem Arzt oder in einer Apotheke entscheiden, die nicht Teil des *Cigna Healthcare*-Netzwerks in den USA ist, reduzieren wir den Betrag, den wir für diese medizinischen Kosten zahlen, um zwanzig (20) Prozent. Eine Liste des *Cigna Healthcare*-Netzwerks mit *Krankenhäusern, Kliniken* und *Ärzten* ist in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich verfügbar.

Bitte beachten Sie, dass wir nach *unserem* alleinigen Ermessen und ohne Benachrichtigung von Zeit zu Zeit Änderungen am *Cigna Healthcare*-Netzwerk vornehmen können, indem wir *Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte* und Apotheken hinzufügen und/oder entfernen.

5.3

In den meisten Fällen zahlen wir Ihre medizinischen Kosten direkt an das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt. Wenn Sie oder ein Begünstigter das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt bezahlen müssen, sollten Sie uns nach jeder Behandlung so schnell wie möglich Ihre Rechnung und den Erstattungsantrag vorlegen. Wenn der Antrag und die Rechnung nicht innerhalb von zwölf (12) Monaten nach der Behandlung bei uns eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch uns.

Jeder Antrag unterliegt dem geltenden Selbstbehalt, den Kostenanteilen und Deckungsgrenzen, die in diesen Richtlinien, dem Kundenleitfaden und Ihrer Versicherungsbescheinigung festgelegt sind.

5.3.1

Die Begleichung der Erstattungsanträge erfolgt in der Währung, in der die Forderung entstanden ist, oder auf Antrag in der Währung, in der die Prämie dieser Police gezahlt wird. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage des anwendbaren Wechselkurses.

Sie oder ein Begünstigter können einen Antrag auf Begleichung des Erstattungsantrags in einer anderen Währung stellen. Wenn wir uns bereit erklären, die Erstattung gemäß einem Antrag auf eine andere Währung

durchzuführen, erheben wir hierfür eine übliche Servicegebühr von 3 % auf den anwendbaren Wechselkurs.

Die Servicegebühr wird auf den für die gewünschte Währung geltenden Wechselkurs aufgeschlagen und wirkt sich damit auf den erstatteten Endbetrag aus. Dies bedeutet, dass bei einem Antrag auf eine andere Währung der erstattete Betrag unter Berücksichtigung von Wechselkursschwankungen niedriger ausfallen kann als der ursprünglich im Rahmen eines Erstattungsantrags geforderte Betrag.

Für den Fall, dass einem Antrag auf eine bestimmte andere Währung nicht entsprochen werden kann, werden wir mit Ihnen in Verbindung treten, um zu erfragen, ob Sie einen weiteren Antrag auf eine andere Währung stellen möchten oder ob die Erstattung zu den üblichen Konditionen durchgeführt werden kann.

Sie oder ein Begünstigter können sich mit einer der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen an uns wenden, um den für einen bestimmten Erstattungsantrag anwendbaren Wechselkurs zu erfahren. Wir behalten uns das Recht vor, die Servicegebühr jederzeit unter Wahrung einer Frist von sechzig (60) Tagen zu ändern oder entfallen zu lassen.

5.4

Wenn Sie die Prämien oder die anderen Gebühren nicht bei Fälligkeit bezahlen, werden wir Sie per E-Mail unverzüglich informieren und Ihren Vertrag aussetzen, d. h. der Versicherungsschutz für alle Anspruchsberechtigten wird ausgesetzt. Nach Durchführung der Zahlung wird der Vertrag wieder in Kraft gesetzt. *Wir* werden keine *Behandlung* genehmigen, solange der *Vertrag* ausgesetzt ist. Wenn eine Zahlung an uns aussteht, werden wir Erstattungsanträge erst begleichen, wenn der ausstehende Betrag bezahlt wurde.

Wenn nach dreißig (30) Tagen der Betrag immer noch aussteht, werden *wir Sie* anschreiben und darüber informieren, dass der *Vertrag* widerrufen wurde. Der Widerruf wird an dem Tag wirksam, an dem die erste ausstehende Zahlung fällig wurde.

Wenn *Sie* den ausstehenden Betrag innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Datum begleichen, an dem die erste Zahlung fällig wurde, werden *wir Ihren* Versicherungsschutz ab diesem Datum wiederherstellen.

5.5

Vorbehaltlich der Klausel 13 werden *wir Sie* über die Prämie und alle anderen Gebühren informieren, die im nächsten *Versicherungszeitraum* anfallen.

Die Prämie und/oder die anderen Gebühren ändern sich in jedem *Versicherungszeitraum*.

6. Kündigung

6.1

Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen werden *wir* diesen *Vertrag* für alle *Anspruchsberechtigten* in den folgenden Fällen sofort kündigen:

6.1.1
wenn eine Prämie oder andere Gebühren (einschließlich fälliger Steuern) nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Fälligkeitsdatum vollständig beglichen wurde/wurden. *Wir* werden *Sie* schriftlich informieren, wenn wir den *Vertrag* aus diesen Gründen kündigen;

6.1.2
wenn es für *uns* rechtlich nicht mehr möglich ist, einen durch diesen *Vertrag* entstehenden Versicherungsschutz zu bieten oder *wir* diesen *Vertrag* in einer bestimmten Gerichtsbarkeit oder einem Hoheitsgebiet auf Weisung des zuständigen Gerichtsstands oder einer Aufsichtsbehörde kündigen müssen; oder

6.1.3
wenn ein *Anspruchsberechtigter* auf einer Liste mit finanziellen Sanktionen gegen bestimmte Personen oder Organisationen steht, die vom Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, dem

Amerikanischen Office of Foreign Assets Control oder einer anderen gültigen Gerichtsbarkeit geführt wird. Außerdem zahlen *wir* keine Erstattungsanträge, die *wir* in sanktionierten Ländern erhalten haben, wenn dies gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen Office of Foreign Assets Controlverstoßen würde.

6.2
Vorbehaltlich Klausel 3 werden *wir* diesen *Vertrag* mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn *wir* nach *unserem* Ermessen aus triftigen Gründen feststellen, dass *Sie* bei der Antragstellung für diesen *Vertrag* oder bei der Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen des *Vertrags* vorsätzlich oder fahrlässig falsche Informationen mitgeteilt haben, von denen *Sie* wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder unkorrekt sind, oder wenn *Sie uns* angeforderte Informationen, einschließlich medizinischer Informationen, nicht mitgeteilt haben.

6.3
Wenn *wir* in *Ihrem* geografischen Gebiet nicht mehr auf dem Markt sind, um *Versicherungsverträge* oder passende Alternativen anzubieten, werden *wir Sie* mindestens einen (1) Monat vor dem *Ablaufdatum* darüber benachrichtigen, dass der *Vertrag* mit Wirkung zu diesem *Ablaufdatum* gekündigt wird (und daher nicht verlängert werden kann).

6.4
Wenn Sie diese Police kündigen und den Versicherungsschutz für alle Begünstigten beenden wollen, können Sie dies erst zum Ablauf des Mindestversicherungszeitraums von drei (3) Monaten ab dem anfänglichen Startdatum. Zudem muss diese Kündigung schriftlich und unter Einhaltung einer Frist von mindestens vierzehn (14) Tagen erfolgen. Die Kündigung Ihrer Versicherungspolice wird vierzehn (14) Tage nach dem Zeitpunkt wirksam, an dem Sie, als Versicherungsnehmer, diese über eine der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen gekündigt haben..

6.4.1
Wenn ein *Vertrag* gemäß Klausel 6.4 vor dem *Ablaufdatum* endet und *wir* während der *Versicherungsdauer* eine Schadenrückerstattung geleistet, eine *Behandlung* abgedeckt oder eine *Zahlungsgarantie* abgegeben haben, müssen *Sie* alle noch ausstehenden Prämien des *Vertrags* zahlen. Wenn *Ihre* Jahresprämie während des Versicherungsjahres in Raten eingezahlt wird, müssen *Sie* die Zahlungen für den restlichen *Versicherungszeitraum* durchführen oder den ausstehenden Betrag der Prämie begleichen.

6.5
Sofern Ihre Police nicht gemäß Klausel 6.2 und/ oder Klausel 7 gekündigt wird, gilt: In Bezug auf den Zeitraum nach Ablauf Ihrer Deckung im Rahmen des Mindestversicherungszeitraums von drei (3) Monaten erstatten wir alle für den Zeitraum nach Ablauf der Deckung gezahlten Prämien, soweit sich diese nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem wir Deckung geleistet haben, und solange wir während des Versicherungszeitraums keinen Erstattungsantrag beglichen und keine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben.
.

6.6
Falls die *Behandlung* genehmigt wurde, übernimmt *Cigna* keinerlei Haftung für Behandlungskosten, wenn die *Versicherung* endet oder ein *Anspruchsberechtigter* die *Versicherung* kündigt, bevor die *Behandlung* stattgefunden hat.

7. Betrug

7.1
Sollte ein *Anspruchsberechtigter* unter diesem *Vertrag* betrügerische Schadenrückerstattungen geltend machen, sind wir:

i. nicht verpflichtet, Schadenrückerstattungen zu leisten;

ii. berechtigt, vom *Anspruchsberechtigten* jede von *uns* in diesem Schadenfall gezahlte Summe zurückzufordern; und

iii. berechtigt, den *Anspruchsberechtigten* darüber zu informieren, dass der *Vertrag* ab dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung beendet wurde.

7.2

Sollten *wir unser* Recht gemäß Klausel 7.1 (iii) geltend machen:

i. haften *wir* dem *Anspruchsberechtigten* gegenüber nicht für maßgebliche Ereignisse, die nach der betrügerischen Handlung auftreten. Als maßgebliches Ereignis gilt jedes Ereignis, das *unsere* Haftung im Rahmen dieses *Vertrags* auslöst (z. B. Verluste, Einreichung eines Erstattungsantrags oder Benachrichtigung über einen potentiellen Schaden); und

ii. sind *wir* nicht gehalten, gezahlte Prämien zurückerstatten.

7.3

Wenn dieser *Vertrag* anderen *Anspruchsberechtigten* außer *Ihnen* Versicherungsschutz bietet und unter diesem *Vertrag* im Namen eines anderen *Anspruchsberechtigten* als *Ihnen* ein betrügerischer Erstattungsantrag gestellt wird, können *wir* das in Klausel 7.1 festgelegte Recht geltend machen und dies als getrennten *Versicherungsvertrag* zwischen *uns* und dem entsprechenden *Anspruchsberechtigten* ansehen. Die Ausübung dieses Rechts berührt aber nicht den Versicherungsschutz, den der *Vertrag* für die anderen *Anspruchsberechtigten* vorsieht.

Die Klausel 7 beabsichtigt keinesfalls, die Position gemäß Insurance Act 2015 zu beeinflussen.

8. Versicherungsoptionen

8.1

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* keinen Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen*, für den Krankentransport und Crisis Assistance Plus®, für Gesundheit und Wohlbefinden oder für zahn- und augenärztliche *Behandlungen* besitzt, zahlen *wir* keine der *Behandlungen* oder andere Leistungen, die unter diesen Optionen verfügbar sind.

8.2

Die folgenden Änderungen an Ihrer Police können nicht während des Versicherungszeitraums beantragt werden, sondern nur bei Vertragsverlängerung:

- Änderung der Deckungssumme (z. B. von Tarif Silver auf Tarif Gold oder von Tarif Platinum auf Tarif Gold im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung),
- Änderung des Selbstbehalts, der Kostenbeteiligung oder des Zuzahlungshöchstbetrags.

Um einen solchen Antrag bearbeiten zu können, sollten Sie uns Ihren Änderungswunsch mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich mitteilen. Bevor wir eine dieser Änderungen vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Anamnesefragebogen auszufüllen, da manche Änderungen einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen können. Wenn wir Ihren Antrag genehmigen, können für Ihre aktualisierte Police für den neuen Versicherungszeitraum neue besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse gelten. Sobald Sie unsere neuen Konditionen annehmen, treten die Änderungen ab Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum in Kraft.

Die folgenden Änderungen an Ihrer Police können während des Versicherungszeitraums beantragt werden und werden von uns geprüft:

- Aufnahme eines oder mehrerer der optionalen Module auf derselben Deckungsstufe wie Ihr Basisversicherungsschutz der Internationalen Krankenversicherung: Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus®, Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden oder Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen,
- Änderung des Geltungsbereichs durch Aufnahme der Deckung für die USA (d. h. von Weltweit ohne USA zu Weltweit mit USA).

Bevor wir während des aktuellen Versicherungszeitraums eine dieser Änderungen

vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Anamnesefragebogen auszufüllen. Wenn wir Ihren Antrag genehmigen, können für Ihre aktualisierte Police neue besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse gelten. Diese Änderungen an Ihrer Police treten frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere neuen Bedingungen akzeptieren in Kraft und bleiben mindestens bis zu Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum wirksam.

Alle anderen Änderungen an Ihrer Police in Bezug auf Deckungsoptionen werden von uns überprüft und unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung.

Beachten Sie bitte, dass der Silver-Tarif keine Deckung für Mutterschaftsleistungen (Abschnitt Gesundheitsversorgung für Eltern und Säuglingspflege im Kundenleitfaden) enthält. Im Falle einer Hochstufung von Tarif Silver auf Tarif Gold oder Tarif Silver auf Tarif Platinum erhält eine Begünstigte des Silver-Tarifs daher erst Zugang zu Mutterschaftsleistungen der Tarife Gold oder Platinum nach Ablauf der hierfür geltenden 12-monatigen Wartezeit. Sobald eine Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß den Tarifen Gold oder Platinum versichert ist, erhält sie den Zugang zu den Mutterschaftsleistungen.

Im Falle einer Hochstufung bei Vertragsverlängerung von Tarif Gold auf Tarif Platinum erhält eine Begünstigte zunächst nur Zugang zu Mutterschaftsleistungen im Rahmen der Leistungsgrenzen des Gold-Tarifs und erst nach Ablauf der für Mutterschaftsleistungen des Platinum-Tarifs geltenden 12-monatigen Wartezeit Zugang zu letzteren. Sobald eine Begünstigte mindestens 12 Monate gemäß dem Platinum-Tarif versichert ist, erhält sie dann den Zugang zu den Mutterschaftsleistungen dieses Tarifs.

9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil

9.1

Wenn Sie für Ihre Internationale Krankenversicherung und/oder Ihren Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) einen Selbstbehalt gewählt haben, ist es Ihre Aufgabe, diesen Selbstbehalt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke direkt zu zahlen. Die Höhe dieses Betrags teilen wir Ihnen jeweils mit. Ihr gewählter Selbstbehalt gilt zum Behandlungsdatum, und jeder gezahlte Selbstbehalt gilt als Anspruch auf Ihre Police, unabhängig davon, ob der gezahlte Selbstbehalt die Kosten Ihres Anspruchs ganz oder teilweise gedeckt..

Wir verringern den Betrag, den wir von den Behandlungskosten in Bezug auf einen Anspruch aus der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) übernehmen, um den Betrag des Selbstbehalts, bis die Höhe des Selbstbehalts für den jeweiligen Versicherungszeitraum erreicht ist..

9.2

Wenn Sie bei der Internationalen Krankenversicherung und/oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) eine Kostenbeteiligung gewählt haben, verringern wir den Betrag, den wir von den Behandlungskosten übernehmen, um den Prozentsatz der Kostenbeteiligung. Die Kostenbeteiligung ist von Ihnen direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zu zahlen. Die von Ihnen gezahlten Beträge unterliegen der Deckelung des geltenden Zuzahlungshöchstbetrags.
Ihre gewählte Kostenbeteiligung gilt zum Behandlungsdatum, und jede gezahlte Kostenbeteiligung gilt als Anspruch auf Ihre Police, unabhängig davon, ob die gezahlte Kostenbeteiligung die Kosten Ihres Anspruchs ganz oder teilweise gedeckt.

9.3

Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung für die Internationale Krankenversicherung und/oder den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen zahlen, unterliegen der Deckelung des Zuzahlungshöchstbetrags. Folgende Beträge unterliegen nicht dem Zuzahlungshöchstbetrag:

- Beträge, die Sie aufgrund eines Selbstbehalts zahlen;
- Beträge wegen Überschreitung der Deckungsgrenzen;
- Beträge für Behandlungen, die nicht durch die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für

ambulante Behandlungen abgedeckt sind; oder
- Beträge aufgrund einer Vertragsstrafe wegen Nichteinholung einer vorherigen Genehmigung oder Inanspruchnahme von Nicht-Netzwerk-Gesundheitsdienstleistern in den USA.

Die von Ihnen zu zahlenden Beträge zum Selbstbehalt, zur Kostenbeteiligung und zum Zuzahlungshöchstbetrag, sofern zutreffend, gelten für jeden Begünstigten, jede Versicherungsoption und jeden Versicherungszeitraum separat.

9.4
Kein Selbstbehalt gilt für die Leistungen „Krankenhaustagegeld“, „Säuglingspflege“, „Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme“ oder „Global Telehealth mit Teladoc“ im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung.

Kein Selbstbehalt gilt für die Leistungen innerhalb der folgenden optionalen Module: Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden, Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung & Crisis Assistance Plus® oder Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen.

9.5
Für die folgenden ambulanten Behandlungen, die unter den Internationalen Krankenversicherungsschutz fallen, gilt der für stationäre Behandlungen gewählte Selbstbehalt:

- Ambulante Behandlungen im Rahmen der Leistung „Nierendialyse“.
- Ambulant durchgeführte fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT, CT und PET-Scans)
- Ambulante Behandlungen im Rahmen der Leistung „Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung“, einschließlich Beratung.
- Ambulante Behandlungen bei Leistungen im Rahmen der „Krebsbehandlung“.
- Ambulante Behandlungen, die unter die Leistung „Komplikationen bei Schwangerschaft“ fallen.

10. Hinzufügen von Anspruchsberechtigten

10.1
Wenn Sie während des Versicherungsjahres einen neuen *Anspruchsberechtigten* hinzufügen möchten, müssen *Sie uns* ein ausgefülltes *Antragsformular* für diese Person zusenden. Ob *wir* den neuen *Anspruchsberechtigten* akzeptieren, liegt in *unserem* alleinigen Ermessen.*Wir* werden *Sie* über alle besonderen Bedingungen oder Ausschlüsse und alle zusätzlichen Prämien informieren, die für den angebotenen Versicherungsschutz gelten. Der Versicherungsschutz für alle neuen *Anspruchsberechtigten* gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem *Sie Ihre* Annahme bestätigen. *Wir* übersenden *Ihnen* eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* als Bestätigung dafür, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

10.2
Wenn ein *Anspruchsberechtigter* ein Kind zur Welt bringt, können *Sie* beantragen, dass das Neugeborene *Ihrer* bestehenden *Versicherung* als *Anspruchsberechtigter* hinzugefügt wird.

10.2.1
Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen unter diesem *Vertrag* abgedeckt war, benötigen *wir* keine Informationen über den Gesundheitszustand des Neugeborenen und keine medizinischen Tests, sofern das *Antragsformular* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei *uns* eingeht. Wenn ein *Antrag* jedoch mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei *uns* eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.

10.2.2
Wenn kein Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen von diesem *Vertrag* abgedeckt war, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. Dann können *Sie* einen *Antrag* zur Aufnahme des Neugeborenen in den *Vertrag* einreichen.

10.2.3
Wenn ein *Anspruchsberechtigter* ein Kind durch eine Leihmutter oder eine Adoption bekommen, kann das Neugeborene *Ihrer* bestehenden *Versicherung* als *Anspruchsberechtigter* hinzugefügt werden, indem ein *Antrag* eingereicht wird. Das Neugeborene unterliegt einer medizinischen Risikoprüfung, wobei *wir* besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse vornehmen können.

10.3
Wenn das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden muss, teilen *wir Ihnen* dann mit, ob *wir* das Neugeborene versichern können, und informieren *Sie* gegebenenfalls über alle geltenden Sonderbedingungen und Ausschlüsse. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem Tag, an dem *Sie* die angebotenen Bedingungen akzeptieren.

Wir übersenden *Ihnen* eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* als Bestätigung dafür, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde. Weitere Details erhalten *Sie* unter „Pflegeleistungen für Neugeborene" in *Ihrem* Kundenleitfaden.

11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit

11.1
Verlegt ein *Anspruchsberechtigter* sein gewöhnliches *Aufenthaltsland* in ein anderes Land als das, in dem der *Versicherungsnehmer* lebt, können Sie:

11.1.1
den *Versicherungsvertrag* für den Rest des *Versicherungszeitraums* in Kraft lassen. Der Versicherungsschutz der *Anspruchsberechtigten*, deren Wohnsitz sich weiterhin im entsprechenden Land befindet, bleibt unberührt; oder

11.1.2
den *Versicherungsvertrag* durch schriftliche Mitteilung kündigen, mit der Folge, dass der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* endet. Alle Prämien, die innerhalb des *Zeitraums* nach Kündigung des Versicherungsschutzes bezahlt wurden, werden anteilig zurückerstattet, solange keine Versicherungsansprüche geltend gemacht wurden und sofern während der *Versicherungsdauer* keine Garantien für Zahlungen oder Vorabgenehmigungen ausgestellt wurden.

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* aus dem betreffenden Land wegzieht, können *wir Ihnen* die Möglichkeit anbieten, ihn im Rahmen eines alternativen Krankenversicherungsplans eines anderen Unternehmens der *Cigna*-Gruppe zu versichern, der *im Ausland lebende Personen* unterstützt.

12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden

Alle Mitteilungen und Benachrichtigungen im Zusammenhang mit diesem *Vertrag* senden *wir* elektronisch an die von *Ihnen* angegebene E-Mail-Adresse und stellen *Ihre Vertragsdokumente* in *Ihren* sicheren Online-Kundenbereich.

13. Vertragsverlängerung

13.1
Entscheiden wir uns für eine Vertragsverlängerung, schreiben wir Ihnen mindestens einen (1) Kalendermonat vor dem Datum des Vertragsendes und bieten Ihnen an, Ihren Vertrag zu den von uns angebotenen Konditionen automatisch zu verlängern. Über Änderungen an der Police und an der Prämie für den kommenden Versicherungszeitraum setzten wir Sie in Kenntnis. Sofern von lokalen Gesetzen und/oder Regelungen vorgeschrieben, sind wir verpflichtet, Ihnen einen alternativen Krankenversicherungstarif anzubieten. Der Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten findet für verlängerte Policen keine Anwendung. Diese Vorschrift gilt nur für das erste Jahr Ihrer Police.

Vorbehaltlich Klausel 7 darf sich die Entscheidung von Cigna Healthcare, Ihre Police nicht zu verlängern, nicht auf den in der Vergangenheit gestellten Erstattungsanträgen oder Erkrankungen, Verletzungen oder Krankheiten eines Begünstigten begründen.

13.2
Wenn *Sie* die Einladung zur Verlängerung annehmen, vergewissern *Sie* sich bitte, dass *Sie* die *Vertragsunterlagen* für den nächsten *Versicherungszeitraum* gelesen und verstanden haben. *Ihr* Versicherungsschutz wird um weitere zwölf (12) Monate verlängert.

13.3
Wenn *Sie Ihren Versicherungsvertrag* nicht verlängern möchten, müssen *Sie uns* mindestens vierzehn (14) Tage vor dem *Ablaufdatum Ihres Vertrags* schriftlich darüber informieren.

13.3.1
Wenn *Sie Ihren* Versicherungsschutz nicht verlängern, können alle durch den *Vertrag* versicherten *Anspruchsberechtigten* selbst einen Versicherungsschutz beantragen. *Wir* werden die *Antragsformulare* dieser *Anspruchsberechtigten* einzeln prüfen und sie informieren, ob und zu welchen Bedingungen *wir* bereit sind, ihnen einen Versicherungsschutz anzubieten.

13.4
Vorbehaltlich der Klausel 8.2, wenn Sie bei der Erneuerung Änderungen an Ihren Versicherungsvertrag vornehmen möchten, müssen Sie uns mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich darüber informieren. Wir können neue spezielle Einschränkungen, Ausschlüsse und/ oder eine Anpassung der Prämie vornehmen. In diesem Fall würden wir Ihnen eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung zusenden.

13.5
Falls bei einem *Anspruchsberechtigten* besondere Ausschlusskriterien angewandt wurden, kann es Fälle geben, in denen *wir* bei einer späteren *jährlichen Verlängerung* prüfen können, ob *wir* dieses Ausschlusskriterium streichen möchten. In diesem Fall geben *wir* das Prüfungsdatum der Ausschlusskriterien auf der *Versicherungsbescheinigung* an. Zu diesem Zeitpunkt prüfen *wir* auch die zusätzliche Prämie (falls zutreffend), die *wir* angewandt haben, um eine Erkrankung zu versichern.

Sie müssen *uns* bei Erhalt der Verlängerungsmitteilung und mindestens vierzehn (14) Tage vor dem *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* kontaktieren, falls es ein Ausschlusskriterium gibt, dessen Überprüfung zu diesem Termin fällig wird.

Wir werden *Sie* dann über etwaige vorgenommene Veränderungen in Kenntnis setzen und gegebenenfalls eine abgeänderte *Versicherungsbescheinigung* ausstellen. Die Änderungen treten am T*age der jährlichen Verlängerung i*n Kraft. Wir garantieren nicht, dass Sonderausschlusskriterien oder zusätzliche Prämien bei einer Verlängerung gestrichen werden.

14. Datenschutz

14.1
Bei der Überprüfung *Ihres Antragsformulars* und bei der Umsetzung *Ihres Vertrags* und *Ihrer* Versicherung erfassen, verarbeiten *wir* bestimmte personenbezogene Daten über *Sie* und leiten diese weiter. Der Schutz *Ihrer* Privatsphäre hat für *uns* größte Wichtigkeit. Wir werden *Ihre* Informationen in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen, einschließlich der allgemeinen Datenschutzverordnung (EU 2016/679) und aller anderen anwendbaren Gesetze und Richtlinien in Bezug auf den Schutz personenbezogener Daten aufbewahren. Weitere Informationen finden *Sie* in *unserer* Datenschutzerklärung, die *wir* ggf. von Zeit zu Zeit aktualisieren.

14.2
Cigna Healthcare wird den *Anspruchsberechtigten* zum Zweck der Schadensabwicklung um besondere Daten bitten, die sich auf seine oder ihre Krankheiten, *Vorerkrankungen*, gesundheitliche Verfassung und *Behandlungen* beziehen.

15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?

Nur *wir* und *Sie* verfügen über die gesetzlichen Rechte im Zusammenhang mit diesem *Vertrag*. Eine Person, die nicht Partei dieses *Vertrags* ist, hat gemäß Contract (Rights of Third Parties) Act 1999 kein Recht, eine Bestimmung dieses *Vertrags* durchzusetzen. Dies berührt jedoch nicht das Recht oder Rechtsmittel einer dritten Partei,

die außerhalb dieses Gesetzes bestehen oder verfügbar sind.

16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* als Folge eines Unfalls oder einer vorsätzlichen Handlung, für die ein Dritter die Schuld trägt, eine *Behandlung* benötigt, werden *wir* (oder eine von *uns* ernannte Person oder ein Unternehmen) das Recht des *Anspruchsberechtigten* wahrnehmen, die Kosten für diese *Behandlung* vom schuldigen Dritten (oder dessen Versicherungsunternehmen) einzufordern. Wenn *wir* einen *Anspruchsberechtigten* dazu auffordern, muss er alle Schritte unternehmen, um den Betrag der von *uns* im Rahmen dieses *Vertrags* geforderten Leistung in jeden Anspruch gegen die schuldige Person (oder dessen Versicherungsunternehmen) einzubeziehen.

Der *Anspruchsberechtigte* muss alle Dokumente oder Unterlagen unterschrieben zustellen und alle anderen Maßnahmen ergreifen, die *wir* zur Sicherung *unserer* Rechte benötigen. Der *Anspruchsberechtigte* darf keine Maßnahmen ergreifen, die diese Rechte schädigen oder beeinträchtigen könnten. *Wir* können im Namen eines *Anspruchsberechtigten* zu *unserem* eigenen Nutzen jeden Erstattungsantrag übernehmen, verteidigen oder regulieren oder diesbezüglich rechtliche Schritte einleiten. *Wir* werden darüber entscheiden, wie das Verfahren oder der Vergleich durchgeführt werden sollen.

17. Sonstige Versicherungen

Falls auch eine andere *Versicherung* einen Versicherungsschutz bietet, verhandeln *wir* mit ihr darüber, wer welchen Anteil des Schadens bezahlt. Falls ein *Anspruchsberechtigter* bei einer anderen *Versicherung* versichert ist, behalten *wir uns* vor, nur einen Teil der *Behandlungskosten* bezahlen. Falls eine andere Person, Organisation oder ein öffentliches Programm für die Zahlung der Kosten für die *Behandlung* verantwortlich ist, können *wir* alle Kosten, die *wir* bezahlt haben, zurückfordern.

18. Vertragsanpassungen

18.1

Keine andere Person außer einem leitenden Mitarbeiter von *Cigna Healthcare* ist befugt, diesen *Vertrag* zu ändern oder Bedingungen in *unserem* Namen zu streichen. So sind z. B. Außendienstmitarbeiter, Makler oder andere Vermittler nicht befugt, die Bedingungen dieses *Vertrags* zu ändern oder zu erweitern.

18.2

Wir behalten *uns* das Recht vor, Änderungen an diesem *Vertrag* vorzunehmen, wenn dies zur Einhaltung der entsprechenden Gesetze und Bestimmungen notwendig ist. In diesem Fall werden *wir Sie* anschreiben und über die Änderung informieren.

19. Sanktionen

Die globale Unternehmenspolitik von *Cigna Healthcare* sieht vor, die Regeln zu Wirtschaftssanktionen in Bezug auf natürliche und juristische Personen und Länder einzuhalten, die für ihre globalen Geschäftstätigkeiten gelten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die von den Vereinten Nationen, der Europäischen Kommission, den Vereinigten Staaten und Kanada auferlegten. Daher wird die *Cigna Healthcare* keine Krankenversicherung anbieten oder Leistungen an oder im Namen von Anspruchsberechtigten auszahlen, wenn dies gegen diese Sanktionsregeln verstoßen würde. Falls *Cigna Healthcare* erfährt, dass eine sanktionierte natürliche oder juristische Person im Rahmen der *Police* eingeschrieben ist oder ein *Anspruchsberechtigter* sanktioniert wird, ergreift *Cigna Healthcare* alle angemessenen Maßnahmen, die die Sperrung, Berichterstattung und Beendigung der Krankenversicherung umfassen können. *Cigna Healthcare* ist nicht verpflichtet, den Begünstigten vor der Durchführung dieser Maßnahmen zu benachrichtigen oder Lizenzen von einer Regierung zu erhalten, um die Verlängerung der Krankenversicherung in Übereinstimmung mit den Sanktionsgesetzen zu ermöglichen.

Darüber hinaus gelten Beschränkungen für Ansprüche, die in sanktionierten Ländern entstehen, in denen es keine relevante, genehmigte Lizenz vom U.S. Office of Foreign

Assets Control gibt. Unter den Einschränkungen deckt *Cigna Healthcare* Folgendes nicht ab: (1) elektive oder vorab geplante Behandlung in sanktionierten Ländern oder (2) Anspruchsberechtigte, die als „gewöhnlich in einem sanktionierten Land ansässig" gelten. *Anspruchsberechtigte* gelten als gewöhnlich ansässig, wenn sie ein sanktioniertes Land über einen Zeitraum von mehr als 6 Wochen im Verlauf eines Zeitraums von 12 Monaten besuchen.

20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten

20.1

Wir decken die *medizinisch notwendige Behandlung* von Krankheiten ab, die auf eine Pandemie, Epidemie oder einen Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die *medizinisch notwendige Behandlung* und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden auf einer *stationären, teilstationären* und *ambulanten* Basis (wenn die Option „*Internationale ambulante Behandlung*" ausgewählt wurde) gemäß den Leistungen des ausgewählten Tarifs und gemäß den Bedingungen der *Police* abgedeckt. Wenn verschriebene Medikamente aufgrund einer Pandemie, Epidemie oder eines Ausbruchs einer Infektionskrankheit am aktuellen Aufenthaltsort des Leistungsempfängers nicht zugänglich sind, übernehmen *wir* zusätzlich zu den Kosten für die verordneten Medikamente die Kosten für den Versand gemäß den Bedingungen der ambulanten Leistung für verordnete Medikamente und Verbandstoffe.

20.2

Wir übernehmen die Kosten für *medizinisch notwendige*, ambulant durchgeführte Tests bei einer Pandemie, Epidemie oder einem Ausbruch einer Infektionskrankheit in Übereinstimmung mit dem Versicherungsschutz bei der Diagnose anderer Krankheiten sowie den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

20.3

Wenn ein zugelassener Impfstoff an einem Ort durch die örtlichen Sozialversicherungsprogramme oder die Regierungsbehörde verfügbar wird, empfehlen *wir*, den Rat der örtlichen Regierung zu befolgen und das örtliche Gesundheitssystem oder Regierungsprogramm zu nutzen, sofern verfügbar.

Wenn die Impfung in einer zugelassenen privaten Einrichtung erfolgen werden muss und *Ihre* ausgewählte *Versicherung* die Deckung für klinisch geeignete Impfstoffe umfasst, ist der Impfstoff ambulant gemäß den Bestimmungen der *Police* abgedeckt, sofern die entsprechenden lokalen Aufsichtsbehörden den Impfstoff in dem Land, in dem er verabreicht wird, als sicher und wirksam erachten.

Wir können die Verfügbarkeit eines Impfstoffs an keinem Ort garantieren, und *Cigna Healthcare* hat keine Kontrolle darüber, wie oder wann ein Impfstoff verteilt wird.

ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN

Wir bieten keinen Versicherungsschutz und gewähren keine Erstattungen, *wenn dies gegen geltendes Recht verstößt*. Dazu gehören insbesondere Devisenkontrollen, lokale Lizenzierungsbestimmungen oder Handelsembargos.

In Übereinstimmung mit Ziffer 19, versichern *wir* keine *Anspruchsberechtigten* und zahlen keine Schadenrückerstattungen in Zuständigkeitsbereichen, wenn dies geltende Handelsbeschränkungen verletzen würde, beispielsweise Einschränkungen, die durch das United States Department of Treasury's Office of Foreign Assets Control, die Europäische Kommission oder das Sanktionskomitee des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen auferlegt werden.

Wir haften nicht für Verluste, Schäden, Erkrankungen und/oder *Verletzungen*, die das Ergebnis einer medizinischen *Behandlung* in einem *Krankenhaus* oder durch einen *Arzt* sind, auch dann nicht, wenn *wir* die *Behandlung* als Leistung des Versicherungsschutzes genehmigt haben.

Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für die Internationale Krankenversicherung und für alle zusätzlichen Versicherungsoptionen. Wir verweisen auch auf die Liste der im Kundenleitfaden ausführlich aufgeführten Leistungen, einschließlich der Hinweise für weitere Einschränkungen oder Ausschlüsse, die in Verbindung mit diesen allgemeinen Ausschusskriterien gelten. In Bezug auf möglicherweise geltende besondere Ausschlüsse verweisen *wir* auch auf *Ihre Versicherungsbescheinigung*.

1. *Behandlungen* durch:

a) einen *Arzt*, der von den zuständigen Behörden in dem Land, in dem die *Behandlung* erbracht wird, nicht als Spezialist oder Experte für die *Behandlung*, Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* anerkannt ist;
b) einen *Arzt*, einen Therapeuten, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder eine Einrichtung, denen *wir* schriftlich mitgeteilt haben, dass *wir* sie nicht länger als einen Dienstleister für die *Behandlung* anerkennen. Details über Personen, Institutionen und Organisationen, denen *wir* eine entsprechende Mitteilung gegeben haben, können durch einen Anruf bei *unserem* Kundendienstteam eingeholt werden; oder
c) einen *Arzt*, einen Therapeuten, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder Einrichtung, die *unserer* Meinung nach nicht ordnungsgemäß qualifiziert oder befugt sind, um die *Behandlung* zu erbringen, oder nicht für die Durchführung einer *Behandlung* zuständig sind.

2. *Behandlung* für:

a) eine vorhandene *Vorerkrankung* oder
b) eine Erkrankung oder Symptome, die sich aus einer *Vorerkrankung* ergeben oder mit ihr in Verbindung stehen.

Wir werden nicht für eine *Behandlung* einer bereits vorhandenen *Vorerkrankung* aufkommen, von der der *Vertragsinhaber* zum *Datum des Versicherungsbeginns*wusste (oder nach allgemeinem Ermessen hätte wissen müssen) und deren Abdeckung durch die Versicherung *wir* nicht ausdrücklich zugestimmt haben.

3. Präventive *Behandlungen*, einschließlich Gesundheitschecks und Impfungen (sofern diese *Behandlung* nicht unter einer der Optionen verfügbar ist, für die der *Anspruchsberechtigte* versichert ist).

Im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung gelten die Beschränkungen für präventive *Operationen* in Bezug auf angeborene Erkrankungen mit Ausnahme von Krebserkrankungen.

4. *Behandlungen*, die von einer Person durchgeführt werden, die unter derselben Anschrift wie der *Anspruchsberechtigte* lebt oder die mit dem *Anspruchsberechtigten* verwandt ist.

5. *Behandlungen*, die durch einen Konflikt oder eine Katastrophe bedingt sind, insbesondere aber nicht nur durch:

a) nukleare oder chemische Kontamination;
b) Krieg, Invasion, terroristische Handlungen, Rebellion (unabhängig davon, ob eine Kriegserklärung erfolgte oder nicht), Bürgerkrieg, Militärputsch oder andere Machtergreifung, Ausnahmezustand, Aufruhr oder die Handlung einer unrechtmäßig konstituierten Autorität;
c) andere Konflikte oder Katastrophen;

sofern der *Anspruchsberechtigte*:
i) sich selbst in Gefahr begeben hat, indem er in ein bekanntes Konfliktgebiet eingereist ist oder sich dort aufgehalten hat (entsprechend einer Feststellung der Regierung im *Land Ihrer Staatsangehörigkeit*, z. B. des britischen Außenministeriums);
ii) aktiv am Konflikt teilgenommen hat oder
iii) seine eigene Sicherheit eklatant missachtet hat.

6. Alle *Behandlungen* außerhalb *Ihres ausgewählten Versicherungsgebiets*, sofern die *Behandlungen* nicht die Bedingungen für *NotfallBehandlungen* außerhalb des Versicherungsgebiets erfüllen.

7. Reisekosten für die *Behandlungen* einschließlich aller Fahrtkosten für Taxis oder Busse, sofern nicht anderweitig vereinbart, und Ausgaben wie z. B. Kraftstoff oder Parkgebühren.

8. Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

9. *Behandlungen* in *Kliniken* für Naturheilkunde, Heilbädern, Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen, die keine *Krankenhäuser* oder *anerkannten* Dienstleister für medizinische *Behandlungen* sind. Insbesondere übernehmen wir nicht die Kosten für die Pflege (z.B. Unterbringung, Verpflegung und Lebenshaltungskosten) oder für jede andere Form der Behandlung in einem Heim oder einer Altenpflegeeinrichtung, selbst wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist und/oder von einem anerkannten Arzt durchgeführt wird.

10. Gebühren für Wohnaufenthalte in *Krankenhäusern*, die ganz oder teilweise aus persönlichen Gründen arrangiert werden, oder wenn keine *Behandlung notwendig* ist oder wenn das *Krankenhaus* zum Wohnsitz oder dauerhaften Aufenthaltsort geworden ist.

11. Kosten für die Unterbringung in einem luxuriösen Zimmer oder einer VIP-Suite eines *Krankenhauses*.

12. Jede *Prothese* oder Apparatur, einschließlich Brillen (es sei denn, es wurde das Modul „Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz“ ausgewählt), die *aus medizinischer Sicht* nicht *notwendig* sind und/oder nicht unter *unsere* Definition für *Prothese* fallen.

13. Indirekte Kosten einschließlich Zeitungen, Telefongespräche, Mahlzeiten und Hotelunterbringung.

14. Kosten oder Gebühren für die Einreichung eines Erstattungsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.

15. Nichtmedizinische Einweisungen oder Krankenhausaufenthalte, einschließlich:

a) eine *Behandlung*, die *teilstationär* oder *ambulant* erfolgen könnte;
b) Konvaleszenz;
c) Aufnahmen und Aufenthalte aus sozialen oder persönlichen Gründen; z. B. Waschen, Ankleiden und Baden.

16. Lebenserhaltende Maßnahmen (wie z. B. künstliche Beatmung) sofern für eine solche *Behandlung* keine begründete Aussicht auf eine Genesung des *Anspruchsberechtigten* oder die Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes des *Anspruchsberechtigten* besteht.

17. Sofern sie nicht aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen *notwendig* sind, unterliegen *Operationen* am Fötus, d. h. *Behandlungen* oder *Operationen* im Mutterleib vor der Geburt, den Einschränkungen im Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ *Ihres Vertrags*.

18. *Behandlungen* von und in Verbindung mit einer Raucherentwöhnung.

19. Behandlungen, die sich aus einem Selbstmordversuch ergeben oder in irgendeiner Weise mit einem Selbstmordversuch oder einer Verletzung oder Krankheit, die sich der Begünstigte selbst zugefügt hat, zusammenhängen. Wir übernehmen die Kosten für medizinisch notwendige psychiatrische und verhaltenstherapeutische Gesundheitsleistungen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Beratung und Therapie durch Fachärzte.

20. *Behandlung* von Persönlichkeits- und/oder Charakterstörungen wie unter anderem:

a) Lernschwierigkeiten wie Legasthenie;
b) physische Entwicklungsprobleme wie z. B. Kleinwüchsigkeit;
c) affektive Persönlichkeitsstörungen;
d) schizoiden Persönlichkeitsstörungen oder
e) histrionische Persönlichkeitsstörungen.

21. Kiefergelenkserkrankungen.

22. *Behandlung* einer mit einer Abhängigkeitsstörung im Zusammenhang stehenden Erkrankung.

23. *Behandlung* einer durch den Konsum oder Missbrauch von Drogen oder Alkohol entstandenen Erkrankung.

24. *Behandlungen* für Männer oder Frauen in Bezug auf Empfängnisverhütung, insbesondere:

a) chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
   > Vasektomie, Sterilisation oder Implantate;
b) nicht-chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
   > Pille oder Kondome;
c) Familienplanung, und zwar:
   > Aufsuchen eines *Arztes*, um das Einleiten einer Schwangerschaft oder die Empfängnisverhütung zu besprechen.

25. *Behandlung* für einen absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben der *Anspruchsberechtigten* oder ihre psychische Stabilität gefährdet.

26. *Behandlung* von sexuellen Funktionsstörungen (wie z. B. Impotenz) oder anderen sexuellen Problemen, unabhängig von deren Ursache.

27. *Behandlungen,* von Refraktionsfehlern eines Auges oder beider Augen, insbesondere LaserBehandlungen, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie. Wir übernehmen die Kosten für *Behandlungen* zur Korrektur oder Wiederherstellung des Sehvermögens, sofern dies aufgrund einer Krankheit, einer Erkrankung oder einer *Verletzung* erforderlich ist (wie z. B. Katarakte oder eine abgelöste Netzhaut).

28. *Operationen* zur Geschlechtsumwandlung, einschließlich optionaler Verfahren und aller medizinischen oder psychologischen Beratungen vor oder nach einer solcher *Operation*, es sei denn, staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben eine solche Kostenübernahme vor. *Wir* decken *medizinisch notwendige* verhaltensbezogene Leistungen ab, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Beratung bei Geschlechterdysphorie und damit verbundenen psychiatrischen Erkrankungen (wie Angstzustände und Depressionen) sowie *medizinisch notwendige* Hormontherapie

29. Behandlungen, die aufgrund von Verletzungen oder Krankheiten erforderlich sind oder in irgendeiner Weise damit zusammenhängen, die ein Begünstigter erlitten hat infolge:

a) der Ausübung sportlicher Aktivitäten als Profisportler;
b) der Teilnahme an einer gefährlichen sportlichen Aktivität oder einem gefährlichen Hobby, insbesondere Wintersport abseits der Piste (einschließlich Skifahren, Skitouren, Snowboarden, Heliskiing oder Heliboarding), Base- oder Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Tombstoning oder Klippenspringen,
   Bergsteigen oder Klettern, Freeclimbing (ohne Gurt oder Seil), Höhlenwandern, Berg- oder Geländelauf, Motorsport, Pferdesport (z. B. Pferderennen, Springreiten oder Polo), Jagd, Bullenreiten oder Bullenrennen, Parkour, Kraftdreikampf, Surfen oder Kitesurfen, Wildwasser-Rafting;
c) Gerätetauchen im Alleingang; oder

d) Gerätetauchen in Tiefen von mehr als 30 Metern, es sei denn, der Begünstigte ist für diese Tiefen ordnungsgemäß qualifiziert (PADI oder gleichwertig).

Anmerkungen: Wintersportarten auf markierten Wegen (Pisten) gelten nicht als gefährliche sportliche Aktivitäten. Medizinisch notwendige Behandlungen infolge einer Verletzung werden nicht ausgeschlossen, solange die Wintersportaktivitäten auf der Piste nicht auf Wettkampfniveau oder professionellem Niveau ausgeübt werden.

Bergwandern, Wandern und Trekking auf gekennzeichneten Wegen, Pfaden oder Pisten gelten nicht als gefährliche sportliche Aktivität, solange keine Spezialausrüstung erforderlich ist (z. B. Einsatz von Seilen, Gurten, Karabinern, Steigeisen und Kletterschutzausrüstung). Medizinisch notwendige Behandlungen infolge einer Verletzung, die bei diesen ungefährlichen Aktivitäten entsteht, sind durch die entsprechende stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistung abgedeckt.

30. *Behandlungen*, die (*unserer* Meinung nach) experimenteller Natur oder nicht konventionell sind oder deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde. Dies beinhaltet unter anderem:

a) *Behandlungen* im Rahmen klinischer Studien;
b) *Behandlungen* ohne die Genehmigung durch die zuständige Gesundheitsbehörde des Landes, in dem sie durchgeführt werden, oder
c) Medikamente oder Arzneimittel für einen Zweck, der in dem Land, in dem sie verschrieben werden, nicht lizenziert oder genehmigt wurde.

31. *Behandlungen*, die auf irgendeine Weise durch eine rechtswidrige Handlung eines *Anspruchsberechtigten* verursacht wurden oder deswegen notwendig sind.

32. Kosten für:

a) Schlankheitsmedikamente und Abnehmhilfen sind nicht abgedeckt, auch wenn sie von einem Arzt zur Gewichtskontrolle verschrieben oder als therapeutisch wirksam anerkannt sind.

b) Nahrungsergänzungsmittel (wie Säuglingsnahrung und kosmetische Produkte) oder natürlich verfügbare Stoffe wie Vitamine, Mineralstoffe und organische Stoffe, die frei verkäuflich oder über ein Rezept beschafft werden.

Wir übernehmen jedoch einige Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine im Falle der medizinischen Notwendigkeit zur Behandlung von diagnostizierten Vitamin-Mangel-Syndromen wie Eisenmangel, Blutarmut oder Folsäure während der Schwangerschaft.

ABSCHNITT 3: DEFINITIONEN

Nachfolgend wird die Bedeutung der verwendeten Worte und Begriffe definiert. Wenn die Worte und Begriffe mit diesen Bedeutungen verwendet werden, erscheinen sie in diesen *Vertragsbedingungen*, im Kundenleitfaden und in der Liste der Leistungen in Kursivdruck.

Soweit nicht anders angegeben, beinhaltet der Singular den Plural, und die männliche Form beinhaltet die weibliche Form und umgekehrt.

Ablaufdatum – das Datum, zu dem der im Rahmen dieses *Vertrags* angebotene Versicherungsschutz entsprechend den Angaben auf der *Versicherungsbescheinigung* endet.

Ambulanter Patient – 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.

Angemessene Altersabstände – Altersplan für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von siebzehn Jahren entsprechend der Definition der **American Academy of Pediatrics (AAP).**

Anspruchsberechtigte, Anspruchsberechtigter – jede Person, die auf *Ihrer Versicherungs-bescheinigung* als durch diesen *Vertrag* versichert aufgeführt ist, einschließlich neugeborener Kinder.

Arzneimittelliste – eine Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, die für alle Apothekenansprüche in den *USA* gilt. Diese Liste wird von *Cigna Healthcare* mit Unterstützung unserer Apotheken- und Therapeutikgremiums entwickelt und zweimal jährlich aktualisiert. Alle Medikamente, die in *unserer* Arzneimittelliste enthalten sind, sind von der US-amerikanischen Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA) zugelassen. Frei verkäufliche (Over-the-counter, OTC) (nicht verschreibungspflichtige) Medikamente, mit Ausnahme von Insulin, sind von *unserer* Arzneimittelliste ausgeschlossen, es sei denn, staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben die Abdeckung solcher Medikamente vor. *Wir* werden *Sie* über jede Änderung informieren, die sich auf die Abdeckung eines Medikaments auswirkt, das *Sie* zum Zeitpunkt der Aktualisierung einnehmen.

Arzt –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.

Aufenthaltsland, Land des gewöhnlichen Aufenthalts, gewöhnliches Aufenthaltsland – das Land, in dem ein *Anspruchsberechtigter* entsprechend den Angaben in *Ihrem Antragsformular* üblicherweise wohnhaft ist.

Ausgewähltes Versicherungsgebiet – 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).

Aus medizinischer Sicht notwendig/medizinische Notwendigkeit – Medizinisch notwendige abgedeckte Leistungen und Hilfsmittel sind vom medizinischen Team entsprechend den Internen Klinischen Richtlinien wie folgt festgelegt:

- 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.

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.

Besondere Datenkategorien – personenbezogene Daten, die die rassische oder ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen oder Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische Daten, biometrische Daten zum Zwecke der eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Daten zur Gesundheit und Daten über das Sexualleben oder die sexuelle Ausrichtung einer Person enthalten.

Erbkrankheit(en) – jede Anomalie, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit, oder *Verletzung*, die seit der Geburt vorliegt, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurde oder nicht.

Evidenzbasierte Behandlung – eine *Behandlung*, die erforscht, geprüft und anerkannt wurde durch:

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

Im Ausland lebende Person – ein *Anspruchsberechtigter*, der außerhalb des *Landes seiner Staatsangehörigkeit* lebt.

Jährlicher Verlängerungszeitpunkt – der Jahrestag des *Datums des Versicherungsbeginns*.

Kosmetisch – Dienstleistungen, Verfahren oder Geräte, die in erster Linie ästhetischen Zwecken dienen und die nicht medizinisch notwendig sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

Land der Staatsangehörigkeit – jedes Land, dessen Bürger, Staatsbürger oder Untertan ein *Anspruchsberechtigter* entsprechend den Angaben in *Ihrem Antragsformular* ist.

Medizinische Einrichtung – 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.

Medizinische Fachkraft – ein Arzt oder Facharzt, der nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die Behandlung durchgeführt wird, als Arzt registriert oder lizenziert ist und der nicht von dieser Versicherung abgedeckt ist oder mit einer Person verwandt ist, die durch diesen *Vertrag* versichert ist.

Medizinischer Assistenzdienst – ein Dienst, der medizinische Beratung, Krankentransport, Unterstützung und Rückführung in Übereinstimmung mit den Internationalen klinischen Richtlinien anbietet. Dieser Dienst kann mehrsprachig sein und steht rund um die Uhr zur Verfügung.

Notfallbehandlung – *Behandlung*, die *aus medizinischer Sicht notwendig* ist, um die unmittelbaren und erheblichen Auswirkungen von Krankheiten, *Verletzungen* oder Erkrankungen zu vermeiden, die, wenn sie nicht *behandelt* werden, zu einer erheblichen Verschlechterung der Gesundheit führen können. Die medizinische *Behandlung* durch einen *Arzt* oder eine

medizinische Fachkraft und eine stationäre Aufnahme sind nur versichert, wenn sie innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis beginnen.

Personenbezogene Daten – jegliche Daten zu einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person.

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.

Ursprünglicher Versicherungsbeginn – der erste Tag, an dem der Versicherungsschutz des *Anspruchsberechtigten* im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung beginnt.

Versicherungsbeginn – das Datum, an dem der Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* entsprechend den Angaben in der *Versicherungsbescheinigung* beginnt.

Versicherungsnehmer – die Person, die mindestens achtzehn (18) Jahre alt ist und bei *uns* ein *Antragsformular* eingereicht hat, das von *uns* schriftlich angenommen wurde, und die die Prämie für diesen *Versicherungsvertrag* zahlt.

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.

Vertrag – Die Police umfasst:

- den Antrag des Versicherungsnehmers und alle Erklärungen, die er im Rahmen seines Mitgliedschaftsantrags für ihn und alle Begünstigten abgegeben hat;
- diese Versicherungsbedingungen;
- den Kundenleitfaden (der die Leistungsaufstellung 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 spezielle Ausschlüsse oder Ausschlüsse, die gegen eine Zusatzprämie aufgehoben wurden, sowie der Krankenversicherungstarif und die gewählten Optionen (soweit zutreffend)); und
- Ihre Cigna Healthcare-Mitgliedskarte.

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.**

Vorerkrankung – eine Erkrankung, Krankheit oder Verletzung oder Symptome, die vor dem anfänglichen Startdatum Ihrer Police auftreten, für die:

> ärztlicher Rat oder Behandlung eingeholt oder erhalten wurde; oder
> von der der Begünstigte Kenntnis hatte und für die kein ärztlicher Rat und keine Behandlung eingeholt wurde.

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

„Cigna Healthcare“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch die The Cigna Group und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen und nicht durch die The Cigna Group angeboten. Zu diesen operativen Niederlassungen gehören die Cigna Global Insurance Company Limited, die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., die Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und die Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2025 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.

CGHO Policy Rules CLICE EU DE 02/2025