



CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS VERSICHERUNGSANTRAG

Gutentag! Wir freuen uns, dass Sie sich für uns interessieren.

Füllen Sie diesen Versicherungsantrag bitte aus und senden Sie ihn uns zurück. Unsere Kontaktangaben finden Sie am Ende dieses Formulars. Füllen Sie dieses Formular bitte in DRUCKBUCHSTABEN aus.

Um bestimmte regulatorische Anforderungen zu erfüllen, müssen Sie in Abschnitt A angeben, ob Sie oder eine andere Person, die im Rahmen der Richtlinie Versicherungsschutz erhält, eine politisch exponierte Person ist. Eine politisch exponierte Person ist eine Einzelperson, die eine prominente Position in einer öffentlichen Funktion innehat oder zuvor innehatte, wie z. B. ein Mitglied einer königlichen Familie, ein Staatsoberhaupt, ein Justizbeamter, ein Politiker, ein Militäroffizier usw. Diese Anforderung gilt nur, wenn Ihre Police über unser Büro im Dubai International Finance Centre vereinbart wurde.

ABSCHNITT A

ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Füllen Sie diesen Abschnitt bitte für alle Personen aus, die von der Police abgedeckt werden sollen, darunter der Hauptversicherungsnehmer und alle Familienangehörigen.

IHRE VERSICHERUNG

Für welche Versicherung stellen Sie einen Antrag?	Silver		Gold		Platinum		
Wann soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? (TT/MM/JJJJ)							
Diese Police ist ein sich jährlich verlängernder Vertrag mit einem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten.							

VERSICHERUNGSNEHMER

Sie müssen uns über Änderungen Ihrer Kontaktangaben in Kenntnis setzen, damit Sie unsere Schreiben auch sicher erhalten.

Anrede		Vorname		Weitere Initialen		Nachname	
Geschlecht (bitte angeben)	Männlich		Weiblich		Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)	Ja		Nein				
Beruf							
Befinden Sie sich derzeit in den USA?	Ja		Nein				

Falls ja, geben Sie bitte den Bundesstaat an:

Wenn nein, fahren Sie bitte mit der Frage zur Nationalität fort.

Bitte geben Sie unten Ihre US-Adresse an, wenn Sie sich derzeit in einem der folgenden Bundesstaaten befinden: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA. **Wenn Sie sich nicht in einem dieser Bundesstaaten befinden, fahren Sie bitte mit der Frage zur Nationalität fort.**

Adresse (Adresse (Korrespondenzadresse, an die der Schriftverkehr zugestellt werden soll))										
Stadt		Bundesstaat		Postleitzahl						
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten.)										
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)										
Adresse im Land (falls bekannt)										
Adresszeile 1										
Adresszeile 2										
Adresszeile 3										
Land				Postleitzahl						
Korrespondenzadresse (Wenn der Antragsteller ein US-Staatsbürger ist, muss die Adresse außerhalb der USA liegen.)										
Adresszeile 1										
Adresszeile 2										
Adresszeile 3										
Land				Postleitzahl						
Telefonnummer tagsüber (Landesvorwahl – Nummer)										
Mobiltelefonnummer (Landesvorwahl – Nummer)										
Fax (Landesvorwahl – Nummer)										
E-Mail-Adresse										
Größe: Zentimeter		Gewicht: Kilogramm								
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?							Ja		Nein	
Wenn ja , wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag				20 oder mehr pro Tag					

FAMILIENANGEHÖRIGER 1

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname	
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte angeben)	Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja	Nein
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf			
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten.)				
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)				
E-Mail-Adresse				
Größe: Zentimeter	Gewicht: Kilogramm			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja	Nein
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag		

FAMILIENANGEHÖRIGER 2

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname	
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte angeben)	Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja	Nein
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf			
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten.)				
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)				
E-Mail-Adresse				
Größe: Zentimeter	Gewicht: Kilogramm			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja	Nein
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag		

FAMILIENANGEHÖRIGER 3

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname	
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte angeben)	Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja	Nein
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf			
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten.)				
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)				
E-Mail-Adresse				
Größe: Zentimeter	Gewicht: Kilogramm			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja	Nein
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag		

FAMILIENANGEHÖRIGER 4

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname	
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte angeben)	Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja	Nein
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf			
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten.)				
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)				
E-Mail-Adresse				
Größe: Zentimeter	Gewicht: Kilogramm			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja	Nein
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag		

ABSCHNITT B

ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Für welches Land möchten Sie einen Versicherungsschutz?	Weltweit	Weltweit, ausschließlich USA
---	----------	------------------------------

STATIONÄRE UND TEILSTATIONÄRE INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Wählen Sie Ihre Selbstbeteiligung aus:	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 £
Wählen Sie anschließend den Prozentsatz Ihres Eigenanteils (nach Abzug der Selbstbeteiligung) aus:	Kein Eigenanteil			10%	20%	30%	
	Wählen Sie Ihre maximale Zuzahlung aus: (Das ist der Höchstbetrag des Eigenanteils im Rahmen einer internationalen Krankenversicherung, den Sie im Fall eines Erstattungsantrags oder im Fall von Erstattungsanträgen pro Deckungszeitraum bezahlen müssen)					2.000 \$	5.000 \$
					1.480 €	3.700 €	
					1.330 £	3.325 £	

Weitere Informationen zur Funktionsweise von Selbstbehalten und Kostenbeteiligungen finden Sie auf Seite 43 des Kundenleitfadens.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Möchten Sie eine der folgenden Optionen zusätzlich zu Ihrer Versicherung abschließen:

Internationale Ambulante Leistungen		Selbstbeteiligung					
Ja	Nein	0 \$	150 \$	500 \$	1.000 \$	1.500 \$	
Gemäß den Definitionen in Ihren Vertragsbedingungen verstehen wir unter stationär die Behandlung eines Patienten, die aus medizinischen Gründen über Nacht oder länger ein Bett im Krankenhaus erfordert.	Als Tagespatient gilt ein Patient, der zur Behandlung oder weil er eine ärztlich überwachte Erholungsphase benötigt, in ein Krankenhaus, eine Tagesstation oder eine andere medizinische Einrichtung eingewiesen wird aber über Nacht kein Bett belegt. Hierzu zählen auch chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis durchgeführt werden.	0 €	110 €	370 €	700 €	1.100 €	
		0 £	100 £	335 £	600 £	1.000 £	
		Eigenanteil nach Abzug der Selbstbeteiligung (eine maximale Zuzahlung von 3.000 \$ / 2.200 € / 2.000 £ wird für Eigenbeteiligungen beim internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen angewandt)					
Unter ambulant fallen Behandlungen in einer Arztpraxis, einer Ambulanz oder einem Krankenhaus bei denen der Patient weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.		Kein Eigenanteil	10%	20%	30%		
Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™						Ja	Nein
Internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden						Ja	Nein
Internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen						Ja	Nein

Bitte beachten Sie, dass unser internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, unser Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte und Crisis Assistance Plus™, unsere internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden und unser internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen nur in Verbindung mit der Internationalen Krankenversicherung erworben werden können.

Bitte beachten Sie, dass jede ausgewählte Versicherung für alle Familienangehörigen gelten wird.

Ihre Versicherungswahl kann nur bei einer Policenerneuerung geändert werden. Wenn Sie die Höhe der Deckung bei einer Erneuerung anheben möchten, finden möglicherweise vollständige medizinische Risikoprüfungen und Karenzzeiten Anwendung. Außerdem ist ein zusätzlicher Prämienbetrag fällig.

ABSCHNITT C

VERTRAULICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte teilen Sie uns die frühere und aktuelle Krankengeschichte zu Ihrer und jeder in Abschnitt A genannten Person mit. Wenn Sie eine Frage mit „Ja“ beantworten, geben Sie bitte in Abschnitt D alle Einzelheiten dazu an.

Sobald Ihr Antrag eingereicht wurde, werden wir Sie möglicherweise für weitere Informationen kontaktieren, bevor wir Ihren Versicherungsschutz bestätigen können.

Eine fahrlässige oder vorsätzliche Falschdarstellung kann dazu führen, dass Cigna Leistungsanträge ablehnt und/oder den Versicherungsschutz kündigt. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen Ihres Antrags benötigen, kontaktieren Sie uns bitte.

Wenn Sie sich bei einer Antwort auf eine Frage nicht sicher sind, sollten Sie erforderliche Nachforschungen anstellen, damit Sie eine genaue Antwort geben können.

Bitte beachten Sie: Sofern Sie bei einem früheren Kontakt mit Cigna medizinische Informationen offengelegt haben, müssen Sie diese bei der Beantwortung des medizinischen Fragebogens erneut dokumentieren.

	VERSICHERUNGSEHMER		FAMILIENANGEHÖRIGER 1		FAMILIENANGEHÖRIGER 2		FAMILIENANGEHÖRIGER 3		FAMILIENANGEHÖRIGER 4	
Hat ein Antragsteller eine Behandlung erhalten oder wurden bei ihm Tests oder Untersuchungen durchgeführt oder wurde ihm eine Diagnose gestellt über bzw. hatte er Anzeichen oder Symptome von:										
1 Diabetes und sonstigen hormonellen Störungen (Drüsenkrankheiten), z. B. Schilddrüsenerkrankung, Gewichtsprobleme, Gichtarthritis, Hypophyse oder Nebennierenerkrankungen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2 Herzbeschwerden oder Durchblutungsstörungen, z. B. Brustschmerz, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, koronare Gefäßerkrankung, Angina, Arrhythmie, Aneurysma oder Herzgeräusch?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3 Krebs, Tumore oder Geschwülste, einschließlich Polypen, Zysten oder Knoten in der Brust?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4 Muskel- oder Skeletterkrankungen, z. B. Rückenschmerzen, Schleudertrauma, Arthritis, Gelenkschmerz oder -beschwerden, Gicht, Knochenbrüche, Knorpel, Sehnen- oder Bänderbeschwerden?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
5 Asthma, Allergien, Atemstörung oder Atemwegserkrankungen, z. B. Brustkorbinfektionen, Lungenentzündung, Bronchitis, Atemnot, Nasenschleimhautentzündung, Tb, Lungenaufblähung oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6 Gallenblase, Bauch-, Darm-, Magen- oder Leberprobleme, z. B. Reizdarm, Dickdarmentzündung, chronische Krankheit, Magengeschwür oder Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Reflux, Verdauungsstörung, Sodbrennen, Gallensteine, Leistenbruch, Hämorrhoiden oder Hepatitis?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
7 Hirnleistungs- oder neurologische Störungen, z. B. multiple Sklerose, Epilepsie oder Ikten, Schlaganfall, Migräne, periodisch wiederkehrende oder schwere Kopfschmerzen, Meningitis, Gürtelrose oder Nervenschmerzen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
8 Hautprobleme, z. B. Ekzem, Akne, Leberflecken, Hautausschläge, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
9 Blut, infektiöse oder Immunerkrankungen, z. B. hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder Roter Wolf?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
10 Harn- oder Fortpflanzungsstörungen, z. B. Harntraktinfektionen, Nierenprobleme, Fibrome, schmerzhaftes, unregelmäßige oder starke Monatsblutungen, Fruchtbarkeitsprobleme, polyzystisches Ovarialsyndrom, Endometriose, testikuläre oder Prostatabeschwerden?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

		VERSICHERUNGSEHNER		FAMILIENANGEHÖRIGER 1		FAMILIENANGEHÖRIGER 2		FAMILIENANGEHÖRIGER 3		FAMILIENANGEHÖRIGER 4	
11	Angst, Depression, psychiatrische oder psychische Gesundheitsprobleme , einschließlich Essstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom, Alkohol- oder Drogenprobleme?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
12	Ohren-, Nasen-, Hals-, Augen- oder Zahnbeschwerden , z. B. Ohrenentzündung, Sinus-Beschwerden, Beschwerden mit den Mandeln und Polypen, Katarakte, Glaukom, Beschwerden mit den Weisheitszähnen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bitte beantworten Sie auch die folgende Frage:											
13	Hat eine der Personen eine Krankheit, Erkrankung oder ein Symptom, die noch nicht erwähnt wurden? Schließen Sie bitte auch Einzelheiten von bekannten oder vermuteten Problemen ein, ganz gleich ob ärztlicher Rat aufgesucht oder eine Diagnose erhalten wurde oder nicht.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
14	Nimmt eine der Personen Medikamente ein oder erhält eine Behandlung irgendeiner Art oder wartet auf eine Nachuntersuchung oder Verlaufsuntersuchung für ein aktuelles oder vergangenes medizinisches Problem?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

ABSCHNITT D

ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSDATEN

Wenn Sie eine der Fragen in Abschnitt C mit ‚Ja‘ beantwortet haben, geben Sie uns bitte weitere Informationen dazu an. Wenn Sie unsicher sind, ob bestimmte Einzelheiten relevant sind oder nicht, geben Sie sie trotzdem an. Wenn Sie noch mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt.

	Abschnitt C Frage Nummer	Der Name der Erkrankung oder des medizinischen Problems. Falls zutreffend, geben Sie den betroffenen Körperbereich an (z. B. linker Arm, rechter Fuß).	Wann sind die Symptome aufgetreten und wann hatten Sie zum letzten Mal Symptome?	Welche Behandlung haben Sie erhalten? (Einzelheiten zum Medikament und zu den Daten, an denen die Behandlung begonnen und beendet wurde, angeben.)	Wie ist der aktuelle Stand der Erkrankung oder des medizinischen Problems? (Z. B. laufend, abgeschlossen, Gesundung, rezidivierend oder wahrscheinlich wiederkehrend.)
VERSICHERUNGSNEHMER					
FAMILIENANGEHÖRIGER 1					
FAMILIENANGEHÖRIGER 2					
FAMILIENANGEHÖRIGER 3					
FAMILIENANGEHÖRIGER 4					

ABSCHNITT E

ERKLÄRUNG FÜR ALLE KUNDEN

Ich erkläre hiermit, dass ich mit angemessener Sorgfalt darauf geachtet habe, alle Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten. Mir ist bewusst, dass fehlende oder falsche Angaben in diesem Fragebogen dazu führen können, dass Cigna Leistungsanträge ablehnt und/oder den Versicherungsschutz im Rahmen der Versicherungsbedingungen kündigen kann.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede Person, die durch diese Police versichert ist. Wenn wir auf angemessener Grundlage feststellen, dass Sie oder eine versicherte Person uns vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder irreführende Informationen bereitgestellt haben, könnte sich das negativ auf diese Police auswirken, und wir können diese Police so behandeln, als hätte sie nie existiert, wir können Ihre Versicherungskonditionen ändern oder Ihre Police kündigen. Ich garantiere und versichere, dass ich die Zustimmung jeder versicherten Person zur Weitergabe der in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler personenbezogener Daten (z. B. medizinische Daten), an Sie habe. Ich bestätige, dass jede versicherte Person sich ihrer Pflicht bewusst ist, angemessene Sorgfalt walten zu lassen, um Ihre Fragen genau, ehrlich, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

(Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie obige Angaben im Namen einer anderen Person machen, verpflichtet sind, die Zustimmung, die Sie hiermit übermitteln, in Form der tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen Ihrer versicherten Familienmitglieder nachzuweisen.)

Ich schlage Cigna hiermit als Beginn der Deckung das Deckungsdatum oder ein anderes vereinbartes Datum vor. Für den Fall, dass festgestellt wird, dass ich oder irgendeine versicherte Person vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder ungenaue Angaben übermittelt habe bzw. hat, kann Cigna den Versicherungsvertrag für ungültig erklären, insofern als sich dieser auf mich oder die versicherte Person bezieht, und kann alle Erstattungsanträge ablehnen und einbezahlte Prämien einbehalten, es sei denn die Einbehaltung der Prämien wäre nicht gerechtfertigt. Ich habe die Versicherungsbedingungen und den Kundenleitfaden, die einen Bestandteil meines Versicherungsvertrags bilden, sorgfältig gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden, diese einzuhalten.

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJJJ)

Wenn Sie im Namen des Hauptversichernehmers unterzeichnen, unterzeichnen Sie bitte an der Stelle weiter unten, an der Sie uns versichern, dass Sie die obige Erklärung gelesen haben und berechtigt sind, diesen Antrag abzuschließen

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJJJ)

Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversichernehmer aus

Makler

Vertreter

Andere (bitte angeben)

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG, DIE AUF RICHTLINIEN VON CIGNA HONG KONG LIZENZ, CIGNA WORLDWIDE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED, ANWENDBAR IST

Beurteilung des medizinischen Schutzbedarfs

Die folgenden Fragen dienen dazu, die Eignung des Versicherungsprodukts im Rahmen dieses Antrags auf der Grundlage Ihrer Bedürfnisse und Umstände zu bewerten. Der Antrag kann bei Nichteignung ausgesetzt oder abgelehnt werden.

1. Was ist/sind Ihr(e) Ziel(e) beim Abschluss der Krankenversicherungspolice? (Alles Zutreffende auswählen)

<input type="checkbox"/>	Für die Kosten des Krankenhausaufenthalts	<input type="checkbox"/>	Für den finanziellen Bedarf, wenn Sie an einer schweren Krankheit leiden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Für die langfristige Pflege und den finanziellen Bedarf im Falle einer dauerhaften Vollinvalidität	<input type="checkbox"/>	Für die Ausgaben für ambulante Besuche und andere medizinische Bedürfnisse (wie z. B. Zahnbehandlung, Sehleistung usw.)	<input type="checkbox"/>

2. Welche Art(en) der Krankenversicherung suchen Sie? (Alles Zutreffende auswählen)

<input type="checkbox"/>	Entschädigung (Deckung der erstattungsfähigen Kosten durch die Police)	<input type="checkbox"/>	Nicht-Entschädigung (eine Zahlung, die auf einer Versicherungssumme der Police basiert)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

Mir ist bekannt, dass Cigna nicht für Verluste haftet, die aus dem abgelehnten Antrag entstehen, wenn der entsprechende Versicherungsantrag betroffen ist oder aufgrund von Nichteignung abgelehnt wird (d. h. die angegebenen medizinischen Bedürfnisse stimmen nicht mit dem Versicherungsziel des beantragten Plans überein).

Ich bestätige, der oben genannten Erklärung zuzustimmen

Unterschrift des Hauptversichernehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Personen, die unehrlich und mit der Absicht, für sich selbst Gewinne zu erzielen oder einen Verlust für andere Personen zu verursachen oder eine andere Person einem Verlustrisiko auszusetzen: (1) eine Versicherung beantragen oder einen Versicherungsanspruch geltend machen, die Informationen enthalten, von denen sie wissen, dass sie nicht wahr oder irreführend sind; (2) bei der Beantragung einer Versicherung oder eines Versicherungsanspruchs unehrlich und mit der Absicht, einen Gewinn für sich selbst zu erzielen oder Verluste für eine andere Person zu verursachen, machen sich gegebenenfalls des Betrugs strafbar. Wenn wir Grund zur Annahme haben, dass ein gestellter Erstattungs- oder Versicherungsantrag einen betrügerischen Hintergrund hat, werden wir diesen eingehend prüfen. Jeglicher Betrug kann dazu führen, dass Ihre Police gekündigt wird und Ihre Erstattungsanträge nicht berücksichtigt werden. Zum Zweck der Betrugaufdeckung und -vermeidung werden wir möglicherweise Informationen in Zusammenhang mit mutmaßlichen Betrugsfällen an andere Versicherungsunternehmen und/oder die Strafverfolgungsbehörden weiterleiten.

WIE WIR IHRE ANGABEN VERWENDEN

Wir werden Ihre persönlichen Angaben, einschließlich sensibler Angaben (insbesondere Angaben bezüglich Ihrer Krankengeschichte oder in Bezug auf ärztliche Behandlungen, die Sie haben oder hatten), gemäß den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften sammeln, verwenden, aufbewahren und offenlegen. Wir werden Ihre persönlichen Angaben, einschließlich sensibler Angaben, zum Zweck der Erfüllung unserer Pflichten im Rahmen dieser Versicherung sammeln und verwenden.

Wir können Ihre Informationen, einschließlich sensibler Informationen, an andere Cigna-Unternehmen, sorgfältig ausgewählte Dritte, einschließlich an Makler, die Sie benennen, in Ihrem Namen zu handeln, an andere Dienstleistungsanbieter unter diesem Plan sowie an befugte Gesundheitsdienstleister weitergeben, wenn dies für die Ausführung unserer Verpflichtungen unter dieser Versicherung erforderlich ist. Diese Erklärung gilt auch für persönliche Angaben von Leistungsberechtigten, die auf diesem Antragsformular einzeln angegeben sind.

Sie sind berechtigt, eine Kopie Ihrer von uns geführten persönlichen Angaben anzufordern, und die Leistungsberechtigten eine Kopie der persönlichen Angaben, die wir über sie führen, anzufordern. Für die Übermittlung dieser Angaben können wir eine Gebühr verlangen.

Ich stimme zu, dass Cigna meine personenbezogenen und in besondere Kategorien fallende personenbezogene Daten für die erforderlichen Zwecke des von mir eingegangenen Versicherungsvertrags einholt, verwendet und offenlegt.

SONDERANGEBOTE, AKTIONEN, PRODUKTE, LEISTUNGEN UND FORSCHUNG

Wir würden Sie gerne über unsere Sonderangebote, Aktionen, Produkte und Dienstleistungen, die für Sie interessant sein könnten, auf dem Laufenden halten. Wir können Sie auch für die Zwecke der Durchführung von Forschung kontaktieren.

Klicken Sie bitte hier, wenn Sie solche Informationen erhalten möchten

Falls Ja, wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

E-Mail

Telefon

Ich stimme zu, von Cigna und/oder von einem von Cigna sorgfältig ausgewählten Dritten zum Zwecke der Durchführung von Forschung kontaktiert zu werden.

Ja

Nein

ABSCHNITT F

ZAHLUNGSANGABEN

Diese Seite, einschließlich Ihrer Kartenangaben, wird sicher entsorgt, sobald Ihr Antrag bearbeitet wurde und die Zahlungsdetails sicher gespeichert wurden.

ZAHLUNGSDETAILS FÜR IHRE PRÄMIE

Zahlungswährung	<input type="checkbox"/> US-Dollar	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Pfund Sterling		
Zahlungsintervall	<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Vierteljährlich	<input type="checkbox"/> Jährlich		
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte	<input type="checkbox"/> Banküberweisung (nur jährliche Zahlung) (Wir rufen Sie bei Eingang Ihres Antrags an, um Ihnen die relevanten Einzelheiten zukommen zu lassen)			
Kredit-/Debitkartennummer					
Kartentyp	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Name des Karteninhabers					
Datum, ab dem die Karte gültig ist (MM/JJ)			Ablaufdatum der Karte (MM/JJ)		
Sicherheitscode (Die 3-stellige Nummer auf der Rückseite der meisten Karten. Bei American Express-Karten ist dies die 4-stellige Nummer, rechts auf der Vorderseite der Karte)					
Bitte geben Sie an, ob der Versicherungsnehmer auch der Kreditkarteninhaber ist?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sollte der Kreditkarteninhaber nicht der Versicherungsnehmer sein, geben Sie bitte dessen Beziehung zum Versicherungsnehmer an	<input type="checkbox"/> Andere Begünstigte	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	Name der Firma		
	<input type="checkbox"/> Ehepartner/ Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Andere	Beziehung		
	<input type="checkbox"/> Familienmitglied				
Geburtsdatum des Karteninhabers (TT/MM/JJJJ)					
Nationalität des Karteninhabers					
Entspricht die Rechnungsadresse für die Kreditkarte der Wohnsitzadresse Ihrer Versicherungspolice?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, übermitteln Sie bitte die vollständige Rechnungsanschrift					
Kreditkartenermächtigung: Ich ermächtige Cigna, mein Kredit-/Debitkartenkonto mit meiner Gesundheitsprämie (die mir bei Annahme der Versicherung/Erneuerung bekannt gegeben wird) zu belasten. Dies wird fortgesetzt, bis die Anweisung widerrufen wird, und ich werde Cigna eine schriftliche Ankündigung gemäß meinen Vertragsbedingungen übermitteln.					
Unterschrift des Karteninhabers					
Datum (TT/MM/JJJJ)					

Wenn Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, wenden Sie sich bitte an unser Broker Sales Team, um Unterstützung zu erhalten.

E-Mail-Adresse: cgi.sales@cigna.com

Telefonnummer: +44 (0) 1475 788 682

Gebührenfrei aus den USA: 1-877-539-6296



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

Cigna Healthcare is eingetragene Dienstleistungsmarken von Cigna Intellectual Property, Inc., die für die Verwendung durch The Cigna Group und seine Betriebstochterunternehmen zugelassen sind. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen Betriebstochterunternehmen und nicht durch Cigna Corporation bereitgestellt. Diese Betriebstochterunternehmen umfassen 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.

200043 CGHO Application Form DE Broker 02/2025