



# Cigna Global Health Options

## Antragsformular für medizinische und visuelle Leistungen



## **ABSCHNITT A**

## DATEN PATIENT/PATIENTIN

**Auszufüllen durch den Begünstigten oder seinen gesetzlichen Vertreter.**

## UNTERHALTSBERECHTIGTE PERSONEN

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Vorname                                  |  | Nachname                         |
| Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)                |  | Versicherungsver-<br>tragsnummer |
| Vollständige Postanschrift des Patienten |  |                                  |
| Art der Erkrankung                       |  |                                  |
| E-Mail-Adresse                           |  |                                  |
| Telefon:                                 |  | Fax:                             |

Haben Sie oder eine andere Person, die im Rahmen dieser Versicherung versichert werden soll, Termine, Behandlungen, Tests oder Untersuchungen geplant oder stehen diese an?

Ja

Nein

Wenn Sie im obigen Abschnitt mit „Ja“ geantwortet haben, machen Sie bitte folgende Angaben:

**Vollständiger Name**

### Versicherungsnummer

## Adresse der Versicherungsgesellschaft

ABSCHNITT B

## ZAHLUNGSDETAILS

**Auszufüllen durch den Begünstigten oder seinen gesetzlichen Vertreter.**

Verfügbare Zahlungsmethode für die Erstattung

## **Banküberweisung**

Bitte geben Sie unten Ihre Bankverbindung an:

Kontonummer

## Bankleitzahl

BIC\*

Bankname

Name des Kontoinhabers

|IBAN\*

#### **Anschrift der Bank**

\*Durch Angabe dieser Informationen wird die Zahlung von der Empfängerbank effizienter abgewickelt

## ABSCHNITT C

ICH STIMME DER ÜBERMITTLUNG ALLER MEDIZINISCHEN DATEN ZU, DIE ZUR BEARBEITUNG DIESES ANTRAGS ERFORDERLICH SIND.  
ALLE ANGABEN SIND NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN ERSTELLT WORDEN.

Unterschrift der versicherten Person  
(oder des gesetzlichen Vertreters):

Datum (TT/MM/JJJJ)

## ABSCHNITT D

### MEDIZINISCHE ANGABEN

#### Vom behandelnden Arzt auszufüllen - BITTE DRUCKEN

Bitte geben Sie Ihre Diagnose der Krankheit/Verletzung an und wann die Symptome erstmals aufgetreten sind:

Geben Sie bitte Einzelheiten zur Behandlung an:

Drucken Sie bitte Ihren Namen, Ihre medizinische Fachrichtung und Ihre Anschrift aus und beglaubigen Sie diese mit einem offiziellen Praxisstempel.

Unterschrift der versicherten Person  
(oder des gesetzlichen Vertreters):

Datum (TT/MM/JJJJ)

### BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Jeder, der wissentlich und in der Absicht, eine Versicherungsgesellschaft oder eine andere Person zu betrügen, einen Versicherungsantrag oder eine Schadensmeldung mit vorsätzlich falschen Angaben stellt, begeht eine betrügerische Versicherungshandlung, die eine Straftat ist.

Wir bearbeiten keine Anträge, die wir für betrügerisch halten. Bei Betrug kann Ihr Versicherungsvertrag gekündigt werden, oder wir untersuchen jeden Antrag, den wir für betrügerisch halten.

Ihr zuständiger Cigna-Vertragspartner wird in Ihren Versicherungsbedingungen und Ihrer Versicherungsbescheinigung aufgeführt.

- a) Cigna Global Insurance Company Limited; oder
- b) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V; oder
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; oder
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (UK-Niederlassung); oder
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (Niederlassung Singapur)

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit den Originalbelegen/Rechnungen an:

Behandlungen außerhalb der USA senden an:

Cigna Global Health Options  
I Knowe Road  
Greenock  
PA15 4RJ  
Schottland  
Tel: +44 (0) 1475 788182  
Fax: +44 (0) 1475 492113  
E-Mail: cignaglobal\_customer.care@cigna.com

Behandlungen innerhalb der USA senden an:

Cigna International  
PO Box I5964  
Wilmington, Delaware I9850  
Vereinigte Staaten von Amerika  
Tel: +44 (0) 1475 788182  
Fax: +44 (0) 1475 492113  
E-Mail: cignaglobal\_customer.care@cigna.com



Für Policien, die über unser Büro im Dubai International Finance Centre unter der Versicherungslizenz Cigna Global Insurance Company Limited abgeschlossen werden, ist der Underwriting Agent Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, der von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird.  
Der Name Cigna Healthcare, das Logo und andere Cigna-Marken sind Eigentum von Cigna Intellectual Property, Inc. und werden von The Cigna Group und ihren operativen Tochtergesellschaften in Lizenz verwendet. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu diesen operativen Tochtergesellschaften gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited.  
© 2024 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.