



Cigna Close CareSM

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 Close CareSM 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.....	5
3. Die Informationen, die Sie uns mitteilen.....	5
4. Kostenlose Probezeit.....	6
5. Prämien und andere Gebühren.....	6
6. Kündigung.....	7
7. Betrug.....	8
8. Versicherungsoptionen.....	8
9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil.....	10
10. Hinzufügen von Anspruchsberechtigten.....	10
II. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit.....	11
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.....	13
17. Sonstige Versicherungen.....	13
18. Vertragsanpassungen.....	13
19. Sanktionen.....	14
20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten.....	14
Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien	Seite 16
Abschnitt 3: Definitionen	Seite 21

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Die *Versicherung* wird bereitgestellt von:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., UK branch
(Financial Services Register No. 207198)

mit Sitz im Vereinigten Königreich::

13th Floor, 5 Aldermanbury Square
London EC2V 7HR

Die Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V., Niederlassung im Vereinigten Königreich, ist von der belgischen Nationalbank zugelassen und wird von dieser beaufsichtigt. Von der Finanzaufsichtsbehörde des Vereinigten Königreichs genehmigt. Unterliegt der Regulierung durch die Finanzdienstleistungsaufsicht des Vereinigten Königreichs und einer eingeschränkten Regulierung durch die Finanzaufsichtsbehörde des Vereinigten Königreichs. Einzelheiten zum Umfang der Regulierung durch die Finanzaufsichtsbehörde des Vereinigten Königreichs sind auf Anfrage erhältlich.

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V. ist eine private Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die in Belgien von der belgischen Nationalbank reguliert wird und im Brüsseler Handelsregister (Nummer 0474.624.562) in der Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium eingetragen ist.

Dieser *Vertrag* wird von Cigna European Services (UK) Limited verwaltet (Finanzdienstleistungs-registernr. 788765), ein in England und Wales eingetragenes Unternehmen mit Sitz in 13th Floor, 5 Aldermanbury Square, London EC2V 7HR. Die USt-IdNr. 740445451 (Firmennummer 00199739) ist eine ernannte Vertretung der Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V, UK-Niederlassung.

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 Ombudsman Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR

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

Der „Financial Ombudsman 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

Um diesen *Vertrag* zu kündigen, senden Sie bitte ein E-Mail an: **cignaglobal_customer.care@cigna.com**

Für Details lesen Sie bitte die Klausel 6.6 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

Dieser *Versicherungsvertrag* wird nur *Anspruchsberechtigten* mit britischer Staatsangehörigkeit, die in *Großbritannien* leben und für *Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben*, angeboten. Für *im Ausland lebende Personen* deckt dieser *Vertrag* die Kosten einer *Behandlung im Land der Staatsangehörigkeit* des *Anspruchsberechtigten* nur dann, wenn sich der *Anspruchsberechtigte* nur vorübergehend im *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufhält. Diese Umstände dürfen insgesamt nicht mehr als einhundertachtzig (180) Tage pro *Versicherungsdauer* betragen, und das *Land der Staatsangehörigkeit* muss innerhalb des *Versicherungsgebiets* liegen (siehe Abschnitt II für weitere Einzelheiten).

Der *Geltungsbereich* dieser *Versicherung* ist auf das *Land Ihrer Staatsangehörigkeit* und das *Land Ihres gewöhnlichen Aufenthalts* beschränkt, es sei denn, Sie sind durch die *Leistung „Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs“* versichert. Siehe Klausel 8.3 für weitere Einzelheiten.

1.2

Vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und 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.

1.3

Diese *Versicherung* unterliegt einer Leistungsgrenze bei Erkrankung, die in der Liste der Leistungen aufgeführt ist. Dies ist der jährliche Betrag, den wir für alle Behandlungskosten nach der Diagnose einer Erkrankung zahlen. Dies umfasst alle Erstattungsanträge, die im Zusammenhang mit der Grunderkrankung stationär, teilstationär und ambulant gezahlt werden. Dieser Betrag gilt für jeden Begünstigten pro Versicherungszeitraum. Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen nur, wenn die Option *„Ambulante und Wellness-Behandlungen“* gewählt wurde, mit Ausnahme der Leistungen, die ambulante Behandlungen als Teil Ihres Hauptversicherungsschutzes beinhalten. Wir übernehmen keine Kosten, die über die in der Liste der Leistungen im Leitfaden für Kunden angegebene allgemeine Leistungsgrenze bei Erkrankung hinausgehen.

1.4

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

1.5

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.

1.6

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

Bei diesem Vertrag handelt es sich um einen Jahresvertrag. Dies bedeutet, dass der Versicherungsschutz ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* genau ein (1) Jahr lang gültig ist, wenn er nicht vorzeitig gekündigt wird.

2.2

Falls dieser Vertrag vor dem normalen *Ablaufdatum* endet, werden alle Prämien, die innerhalb des *Zeitraums* nach dem Ende des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, anteilig zurückerstattet, solange keine Erstattungsanträge gestellt wurden oder noch eingereicht werden müssen und keine *Zahlungsgarantien* während der *Versicherungsdauer* ausgesprochen wurden.

Falls der Vertrag vor dem normalen *Ablaufdatum* endet und Sie haben Erstattungsanträge eingereicht oder *Behandlungen* erhalten, die noch nicht erstattet wurden, müssen Sie die restlichen noch nicht entrichteten Prämien für diese *Versicherung* 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 können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Datum, an dem Sie diesen Vertrag erhalten, widerrufen. Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen möchten und wir noch keine Schadenrückerstattung geleistet oder Ihnen noch keine Zahlung garantiert haben, werden Sie eine volle Rückerstattung Ihrer Prämie erhalten. Falls wir jedoch einen Schadenrückerstattung bezahlt oder eine Zahlungsgarantie abgegeben haben, werden wir keine gezahlten Prämien zurückerstatten. Um diesen Vertrag zu widerrufen, kontaktieren Sie uns anhand einer der Möglichkeiten unter „Kontakt“ auf Seite 3 dieser Vertragsbedingungen.

Wenn Sie nicht von Ihrem Recht Gebrauch machen, diesen Vertrag zu widerrufen, bleibt er gültig, und Sie sind verpflichtet, fällige Prämienzahlungen an uns zu leisten.

Bezüglich Ihrer Widerrufsrechte außerhalb der gesetzlichen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen verweisen wir auf Klausel 6 dieses Vertrags.

5. Prämien und andere Gebühren

5.1

In Ihrer Versicherungsbescheinigung werden die fälligen Prämien und alle anderen Gebühren (wie z. B. Steuern) ausgewiesen, und es wird angegeben, wann und wie sie bezahlt werden müssen.

Die Zahlungen müssen in der Währung und in der Weise erfolgen, die in Ihrer Versicherungsbescheinigung festgelegt sind.

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.

5.4

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 I3 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, jeglichen Versicherungsschutz unter diesem *Vertrag* 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. Des Weiteren

erstatten *wir* keine Leistungen, die in sanktionierten Ländern erbracht wurden, falls eine solche Handlung gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen Office of Foreign Assets Control verstoßen würde; oder

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 Informationen mitgeteilt haben, von denen Sie wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder ungenau sind, oder wenn Sie von *uns* angeforderte Informationen, einschließlich medizinischer Informationen, nicht übermittelt haben.

6.3

Vorbehaltlich der Klausel II können *wir* diesen *Vertrag* kündigen, wenn ein *Anspruchsberechtigter* aufgrund eines Umzugs in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* oder in das *Land seines gewöhnlichen Wohnsitzes* keine im *Ausland lebende Person* mehr ist.

6.4

Wir können diesen Versicherungsvertrag kündigen, wenn wir Grund zu der Annahme haben, dass Sie sich für eine Behandlung in ein Land außerhalb Ihres Versicherungsschutzes begeben haben, es sei denn, dies ist unter den Bedingungen von Klausel 8.3 abgedeckt.

6.5

Wir können diesen *Vertrag* kündigen, wenn ein Begünstigter in ein Land umzieht, das nicht das Land Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ist.

6.6

Falls Sie diesen *Vertrag* kündigen und den Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* beenden möchten, können Sie dies jederzeit tun, indem Sie *uns* dies mindestens vierzehn (14) Tage im Voraus schriftlich mitteilen. Die Kündigung *Ihrer Versicherungspolice* wird vierzehn (14) Tage nach dem Zeitpunkt wirksam, an dem

Sie, der/die Versicherungsnehmer/in, uns über eine der im Abschnitt ‚Wie Sie mit uns in Kontakt treten können‘ auf Seite 3 dieser Versicherungsvertraglichen Bestimmungen genannten Möglichkeiten benachrichtigt haben.

6.6.1

Wenn ein Vertrag gemäß Klausel 6.6 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.

6.7

Sofern Ihr Vertrag nicht gemäß Klausel 6.2 und/oder Klausel 7 beendet wurde, werden alle Prämien und Gebühren, die bereits für den Zeitraum nach der Beendigung eingezahlt wurden, erstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem wir Versicherungsschutz gewährt haben, sofern wir keine Erstattungsanträge bezahlt oder Zahlungsgarantien für die Versicherungsdauer abgegeben haben.

6.8

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 Begünstigter keine Deckung im Rahmen der Optionen ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ oder ‚Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung‘ hat, übernehmen

wir keine der Behandlungen, die im Rahmen dieser Optionen möglich sind.

8.2

Die folgenden Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag können nicht während des Versicherungszeitraums beantragt werden, sondern nur bei der Erneuerung:

- > um Ihren Versicherungsschutz zu ändern (z. B. Wechsel von Cigna Close CareSM zu Cigna Global Health Options (CGHO) Silver oder Wechsel von CGHO Silver zu Cigna Close CareSM),
- > Änderung der Selbstbeteiligung, des Eigenanteils oder der maximalen Zuzahlung.

Um einen solchen Antrag zu stellen, müssen Sie uns dies mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich informieren. Bevor wir eine dieser Änderungen vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Fragebogen zur Krankengeschichte auszufüllen. Wenn wir dem Antrag zustimmen, können wir für den neuen Versicherungszeitraum neue Sondereinschränkungen oder Ausschlüsse in Ihren aktualisierten Vertrag aufnehmen. Sobald Sie die von uns angebotenen Bedingungen akzeptieren, werden diese Änderungen ab dem Datum Ihrer jährlichen Erneuerung wirksam.

Die folgenden Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag können während des Versicherungszeitraums beantragt werden und werden von uns geprüft:

- > um eines oder mehrere der optionalen Module mit demselben Versicherungsschutz wie Ihr Close Care-Kerntarif hinzuzufügen: Ambulante und Wellness-Behandlungen oder Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung
- > Ihren Geltungsbereich zu ändern, indem Sie die USA in den Geltungsbereich einbeziehen (falls zutreffend).

Vor einer solchen Änderung Ihres Versicherungsschutzes während des laufenden Versicherungszeitraums können wir Sie bitten, einen neuen Fragebogen zur Krankengeschichte auszufüllen. Wenn wir dem Antrag zustimmen, können wir neue Sondereinschränkungen

oder Ausschlüsse in Ihren aktualisierten Vertrag aufnehmen. Diese Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag beginnen frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren, und bleiben mindestens bis zu Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum in Kraft.

Alle anderen Änderungen an Ihrer Versicherungsvertrag in Bezug auf die Versicherungsoptionen werden von uns geprüft und unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung.

8.3

Die Begünstigten sind für stationäre oder teilstationäre Notfallbehandlungen bzw. für ambulante Behandlungen (wenn Sie die Zusatzversicherung ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgeschlossen haben) während vorübergehender Reisen versichert, auch wenn diese Reisen außerhalb des Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegen. Wenn Sie die Zusatzversicherung ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ nicht abgeschlossen haben, ist Ihre Notfallbehandlung nur dann versichert, wenn sie zu einer Einweisung ins Krankenhaus führt, wie bei jeder anderen Notfallbehandlung auch. Bitte beachten Sie, dass der Gesundheitscheck und die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ nicht unter die Leistung ‚Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs‘ fallen. Dieser Versicherungsschutz ist auf einen Zeitraum von maximal einundzwanzig (21) Tagen pro Reise und auf maximal fünfundvierzig (45) Tage pro Versicherungszeitraum für alle Reisen zusammen und bis zur jährlichen Höchstgrenze der Leistung ‚Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs‘ begrenzt. Etwaige Kostenbeteiligungen oder Selbstbehalte, die Sie in Ihrer Police gewählt haben, gelten weiterhin.

Um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können, darf die Erkrankung, die eine Notfallbehandlung erfordert, vor der Reise noch nicht bestanden haben, und der Begünstigte muss vor Antritt der Reise behandlungs-, symptom- und beratungsfrei in Bezug auf die Erkrankung gewesen sein.

Der Erhalt einer medizinischen Behandlung darf nicht zu den Zielen der Reise gehört haben.

Eine Notfallbehandlung ist nur möglich, wenn Sie in dem betreffenden Land nicht bereits über eine staatliche Gesundheitsversorgung verfügen. Ein Nachweis über das Datum der Einreise in das Land, das nicht in dem Geltungsbereich Ihrer Versicherung liegt, ist ebenfalls erforderlich, bevor Leistungen im Rahmen dieses Versicherungsschutzes gezahlt werden. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die Behandlung zu einer Stabilisierung des Zustands führt.

9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil

9.1

Wenn Sie für die Basisversicherung und/oder die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ (falls zutreffend) einen Selbstbehalt gewählt haben, sind Sie für die Zahlung des Selbstbezalts direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke verantwortlich. Wir teilen Ihnen mit, wie hoch dieser Betrag ist. Wir reduzieren den Betrag, den wir für jeden Anspruch, der im Rahmen der Basisversicherung oder der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ (falls zutreffend) geltend gemacht wird, für die Behandlungskosten zahlen, um den Betrag des Selbstbezalts, bis die Höhe des Selbstbezalts für den jeweiligen Versicherungszeitraum erreicht ist.

9.2

Wenn Sie bei der Basisversicherung und/oder der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ (falls zutreffend) eine Kostenbeteiligung gewählt haben, reduzieren wir den Betrag, den wir für die Behandlungskosten zahlen, um diesen Kostenbeteiligungsprozentsatz. 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 Deckelungswirkung des geltenden Zuzahlungshöchstbetrags.

9.3

Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung an der Basisversicherung und/oder der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ zahlen, unterliegen der Deckelungswirkung des Zuzahlungshöchstbetrags. Die folgenden Beträge unterliegen nicht dem Zuzahlungshöchstbetrag:

- > Alle Beträge, die Sie aufgrund eines Selbstbezalts zahlen;
- > aufgrund der Überschreitung von Deckungsgrenzen;
- > Behandlungen, die nicht von der Basisversicherung oder der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgedeckt sind; oder
- > aufgrund von Strafzahlungen für die Nichteinholung einer vorherigen Genehmigung oder die Inanspruchnahme von Dienstleistern außerhalb des Netzes 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

Für das ‚Krankenhaustagegeld‘ gilt kein Selbstbehalt.

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.

Der Geltungsbereich des Begünstigten muss mit dem des Versicherungsnehmers übereinstimmen, andernfalls muss der Begünstigte eine separate Police oder einen alternativen Cigna-Plan abschließen.

10.2

Wenn eine begünstigte Person ein Kind bekommt, können Sie beantragen, das Neugeborene als Begünstigten in Ihren bestehenden Plan aufzunehmen. Das Neugeborene unterliegt einer vollständigen medizinischen Risikoprüfung, und es wird eine zusätzliche Prämie fällig. Wir teilen Ihnen mit, ob wir dem neuen Begünstigten Versicherungsschutz gewähren, und wenn ja, welche besonderen Bedingungen und Ausschlüsse gelten. Wenn Sie die angebotenen Bedingungen akzeptieren, beginnt der Versicherungsschutz an dem Tag, an dem Sie deren Annahme bestätigen. Wir senden Ihnen einen aktualisierten Versicherungsschein zu, in dem wir die Aufnahme des neuen Begünstigten bestätigen.

11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit

11.1

Wenn ein Anspruchsberechtigter das Land seines gewöhnlichen Aufenthalts wechselt, müssen Sie uns schnellstmöglich und in jedem Fall innerhalb von dreißig (30) Tagen informieren. Wir behalten uns das Recht vor, Sie von Zeit zu Zeit um weitere Informationen über Ihr Aufenthaltsland oder das Aufenthaltsland eines anderen *Anspruchsberechtigten* zu bitten. Bitte beachten Sie, dass eine Änderung *Ihres Aufenthaltslandes* oder des *Aufenthaltslandes* eines anderen *Anspruchsberechtigten* dazu führen kann, dass *Ihre* Prämie steigt oder zusätzliche Steuern anfallen, was bedeutet, dass Sie ggf. eine zusätzliche Beitragszahlung vornehmen müssen oder *Ihre* monatlichen oder vierteljährlichen Zahlungen erhöht werden. Falls die Prämie steigt, gewähren wir *Ihnen* das Recht, den *Versicherungsvertrag* gemäß Klausel 6.6 zu kündigen, wobei die Klauseln 6.6.I, 6.7 und 6.8 Anwendung finden. Bitte beachten Sie, dass die *Versicherung* von einer anderen Cigna Group Company gestellt werden kann.

11.2

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* in das *Land seiner Staatsangehörigkeit* zurückkehrt, wird die *Behandlung*, die er erhalten kann, auf insgesamt hundertachtzig (180) Tage während der *Vertragslaufzeit* begrenzt werden.

11.2.1

Wir behalten *uns* das Recht vor, alle Erstattungsanträge von *Anspruchsberechtigten* zu prüfen, die im Land ihrer Staatsangehörigkeit eingereicht werden, wenn wir wissen oder Grund zur Annahme haben, dass der *Anspruchsberechtigte* sich während des *Versicherungszeitraums* insgesamt länger als hundertachtzig (180) Tage im *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufhält oder dies beabsichtigt. In solchen Fällen können wir möglicherweise nicht länger davon ausgehen, dass es sich bei dem *Anspruchsberechtigten* um eine *im Ausland lebende Person* handelt, da diese für einen längeren Zeitraum in das Land ihrer Staatsangehörigkeit zurückgekehrt ist, und wir können die Zahlung von Schadenrückerstattungen oder *Zahlungsgarantie* verweigern.

Bitte beachten Sie, dass das Land der Staatsangehörigkeit, in dem die Begünstigten behandelt werden können, mit dem Land des Versicherungsnehmers identisch ist.

11.3

Falls ein *Anspruchsberechtigter* keine *im Ausland lebende Person* mehr ist – sei es aufgrund einer Änderung der Staatsbürgerschaft oder einer Änderung des Landes des gewöhnlichen Aufenthalts – können Sie:

11.3.1

den *Versicherungsvertrag* für den Rest des *Versicherungszeitraums* in Kraft lassen. Sie müssen *uns* bei der Verlängerung informieren, wenn Sie keine *im Ausland lebende Person* mehr sind, und wir werden prüfen, ob wir *Ihnen* eine alternative Krankenversicherung anbieten können, die von einem anderen Unternehmen der Cigna-Gruppe angeboten wird; oder

11.3.2

den *Versicherungsvertrag* durch eine schriftliche Mitteilung kündigen, sodass der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* endet. Alle Prämien, die für den Zeitraum nach der Beendigung gezahlt wurden, werden zurückerstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem wir

Versicherungsschutz gewährt haben, und sofern wir im *Versicherungszeitraum* keine Erstattungsanträge bezahlt oder *Zahlungsgarantien* abgegeben haben.

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

Wenn wir uns für eine Verlängerung entscheiden, senden wir Ihnen mindestens einen (1) Kalendermonat vor dem *Ablaufdatum* eine Mitteilung, in der wir Sie einladen, den Vertrag zu den von uns angebotenen Bedingungen zu verlängern. Wir werden Sie über alle Änderungen des Vertrags und der Prämien für den nächsten *Versicherungszeitraum* benachrichtigen. Wenn lokale Gesetze und Vorschriften dies vorsehen, müssen wir Ihnen möglicherweise eine andere Krankenversicherung anbieten.

Vorbehaltlich der Klausel 7 darf eine Entscheidung von Cigna Healthcare, Ihre Versicherung nicht zu verlängern, nicht auf Ihrer Krankengeschichte oder auf einer Krankheit, einer Verletzung oder einer Erkrankung eines *Anspruchsberechtigten* beruhen.

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 Tage der jährlichen Verlängerung in 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 und 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 Datenschutz-Grundverordnung (EU 2016/679) und aller anderen in Großbritannien erlassenen Gesetze, sowie aller Richtlinien und Verhaltenskodizes, die von einer britischen Datenschutzbehörde in Bezug auf den Schutz personenbezogener Daten herausgegeben werden. 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 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 I9, 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 Ausschlusskriterien 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 (es sei denn, diese *Behandlungen* sind im Rahmen einer der Optionen verfügbar, unter denen ein Begünstigter Versicherungsschutz hat).

Wir übernehmen die Kosten für eine präventive Operation, wenn ein Begünstigter:

- a) eine bedeutende familiäre Vorgeschichte einer Krankheit hat, die Teil eines erblichen Krebsyndroms ist (wie z.B. Eierstockkrebs), und
- b) sich einer genetischen Untersuchung unterzogen hat, die das Vorliegen eines erblichen Krebsyndroms nachgewiesen hat.

(Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für den Gentest nicht übernehmen.)

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 (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. Jegliche Behandlung außerhalb des Landes, in dem Sie Ihren gewöhnlichen Wohnsitz haben oder dessen Staatsangehörigkeit Sie besitzen (Geltungsbereich), es sei denn, die Behandlung kann im Rahmen der Leistung ‚Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs‘, wie in Abschnitt 8.3 beschrieben, abgedeckt werden.

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 Hörgeräten und Brillen, 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. Operationen am Fötus, d.h. Behandlungen oder Operationen, die im Mutterleib

vor der Geburt durchgeführt werden, oder Behandlungen durch absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, die Schwangerschaft gefährdet das Leben oder die psychische Stabilität der Begünstigten, sowie alle anderen Behandlungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft, einschließlich Komplikationen, die sich aus der Mutterschaft ergeben.

18. Fußbehandlungen durch einen Fußpfleger oder Podologen.

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

20. 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.

21. *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.

22. Kiefergelenkserkrankungen.

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

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

25. *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.

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 oder in Verbindung mit einer *Verletzung* oder Krankheit *notwendig* werden, die der *Anspruchsberechtigte* als Ergebnis einer der nachstehenden Tätigkeiten erlitten hat:

- a) Teilnahme an einer Sportveranstaltung auf professioneller Basis;
- b) einer Teilnahme an einer gefährlichen sportlichen Aktivität oder einem gefährlichen Hobby, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Wintersportarten abseits der Pisten (einschließlich Skifahren, Skitouren, Snowboarden, Heli-Ski oder Heliboarding), Base- oder Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, 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) Solosporttauchen oder
- d) Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als dreißig (30) Metern, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht entsprechend qualifiziert ist (PADI-Qualifikation oder gleichwertig), um in dieser Tiefe einen Tauchgang durchzuführen.

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

Bergwandern, Wandern und Trekking auf ausgewiesenen Wanderwegen gilt nicht als gefährliche sportliche Betätigung, sofern keine spezielle Ausrüstung erforderlich ist (wie z. B. die Verwendung von Seilen, Klettergurten, Karabinern, Steigeisen und Kletterschutzausrüstung). Medizinisch notwendige Behandlungen nach Verletzungen, die bei diesen nicht gefährlichen Aktivitäten auftreten, werden im Rahmen der entsprechenden stationären, teilstationären oder ambulanten Leistung übernommen.

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. Jede Form von kosmetischer oder rekonstruktiver *Behandlung* und deren Komplikationen, deren Zweck es ist, das Erscheinungsbild auch aus psychologischen

Gründen zu ändern oder zu verbessern, es sei denn, die *Behandlung* ist aus medizinischer Sicht notwendig und eine direkte Folge einer Erkrankung oder einer Verletzung des *Anspruchsberechtigten* oder das Ergebnis eines chirurgischen Eingriffs.

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

33. 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.

34. Organtransplantationen und alle damit verbundenen Behandlungen oder Beaufsichtigungen. Darüber hinaus übernehmen wir keine Kosten für Zell-, Organismen- oder Gewebespenden für Transplantations- oder Implantationszwecke (unabhängig davon, woher die Spende stammt), wie zum Beispiel :

- a) mechanische oder tierische Organe;
- b) Kauf eines Spenderorgans von einer beliebigen Quelle; oder
- c) Entnahme und Lagerung von Stammzellen, als eine Präventivmaßnahme gegen eine mögliche zukünftige Krankheit.

35. Schlafstörungen, sofern es keine Anzeichen gibt, dass der *Anspruchsberechtigte* an einer schweren Schlafapnoe leidet. Unter diesen Umständen übernehmen wir nur die Kosten für:

- a) eine Schlafstudie; und
- b) die Anmietung von Geräten wie z. B. einer Überdruckmaske (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) (wenn Sie die Zusatzversicherung ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgeschlossen haben).

Wenn es medizinisch angemessen ist, übernehmen wir die Kosten für einen chirurgischen Eingriff.

36. Behandlungen von Fettleibigkeit oder die aufgrund von Fettleibigkeit erforderlich sind. Dies beinhaltet unter anderem Abnehmurse, Hilfsmittel und Arzneimittel.

Wir übernehmen die Kosten einer Magenverkleinerung oder eines Magenbypasses nur, falls ein Anspruchsberechtigter:

- a) über ein Body-Mass-Index (BMI) von 40 oder mehr verfügt und bei ihm eine krankhafte Fettsucht diagnostiziert wurde;
- b) nachweisen kann, dass er in den vergangenen 24 Monaten andere Methoden versucht hat, um abzunehmen; und
- c) sich einer psychologischen Untersuchung unterzogen hat, die bestätigt hat, dass dieses Verfahren für ihn angemessen ist.

37. Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit (außer Untersuchungen bis zum Punkt der Diagnose), Behandlungen von Fruchtbarkeitsstörungen jeder Art, oder Behandlung von Komplikationen, die als das Ergebnis einer solchen Behandlung auftreten. Dies umfasst unter anderem:

- a) In-Vitro-Befruchtung (IVF);
- b) Intratubarer Gametentransfer (GIFT);
- c) Intratubarer Zygotentransfer (ZIFT);
- d) Künstliche Befruchtung (AI);
- e) Verschriebene medikamentöse Behandlung;
- f) Embryonenübertragung (von einem physischen Ort zu einem anderen; oder
- g) Eizellen- und/oder Samenspenden und damit verbundene Kosten.

Wir zahlen für Untersuchungen der Ursache einer Unfruchtbarkeit, wenn:

- a) der Spezialist eine medizinische Ursache ausschließen möchte;

- b) der Anspruchsberechtigte durch diese Versicherung über eine Abdeckung für zwei (2) zusammenhängende Jahren verfügte, bevor die Untersuchung begannen; und
- c) der Anspruchsberechtigte bei Abschluss des Vertrags keine Kenntnis über das Unfruchtbarkeitsproblem hatte und an keinerlei Symptomen litt.

38. Behandlung in direktem Bezug auf Leihmutterschaft.

39. *Behandlungen*, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Anomalien, Fehlbildungen, Krankheiten oder *Verletzungen* stehen, die bei der Geburt vorhanden waren (angeborene Erkrankungen), unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt der Geburt offensichtlich waren oder nicht.

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 ein *Krankenhaus*, ein Behandlungszimmer oder eine *ambulante Klinik* für die *Behandlung* aufsucht und nicht *teilstationär* oder *stationär* aufgenommen wird.

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 Versicherungsbescheinigung* als durch diesen *Vertrag* versichert aufgeführt ist, einschließlich neugeborener Kinder.

Antragsformular – *Antragsformular* des *Versicherungsnehmers* (unabhängig davon, ob es direkt bei *uns* oder über einen Versicherungsvertreter, online oder über *unsere* Telefonverkäufer abgegeben wurde) sowie sämtliche Erklärungen, die der *Versicherungsnehmer* bei der Anmeldung über sich oder alle in diesem *Antragsformular* aufgeführten *Anspruchsberechtigten* abgibt.

Arzneimittelliste – eine Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, die für alle Apothekenansprüche in den *USA* gilt. Diese Liste wird von *Cigna* 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 – eine medizinische Fachkraft, die gemäß den Gesetzen des Landes, Staates oder des regulierten Gebietes in dem Land, in dem die *Behandlung* vorgenommen wird, registriert ist und die Zulassung für die Ausübung des *Arztberufs* besitzt.

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

Aus medizinischer Sicht notwendig/medizinische Notwendigkeit – durch die *Versicherung* abgedeckte und *aus medizinischer Sicht* notwendige Leistungen und Hilfsmittel, von denen das Ärzteteam bestimmt, dass sie:

- > erforderlich sind, um eine Krankheit, *Verletzung*, Erkrankung oder deren Symptome zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- > konventionell sind und den allgemein anerkannten medizinischen Verfahrensstandards entsprechen;
- > in Bezug auf die Art, Häufigkeit, das Ausmaß, den Ort und die Dauer klinisch angemessen sind;
- > nicht hauptsächlich als Annehmlichkeit für einen *Anspruchsberechtigten*, einen *Arzt* oder ein anderes *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder eine *medizinische Fachkraft* erbracht werden und
- > mit einem möglichst geringen Aufwand erbracht werden, der für die Leistungen und Hilfsmittel angemessen ist.

Gegebenenfalls kann das Ärzteteam die Kosteneffektivität alternativer Dienste, Einstellungen oder Hilfsmittel vergleichen, wenn bestimmt werden soll, wofür der geringste Aufwand erforderlich ist.

Basisleistungen – umfasst alle Aspekte der stationären und teilstationären Behandlung, die in der Liste der Leistungen aufgeführt sind. Dazu gehören nicht die optionalen Module, die Sie wählen können.

Behandlung – jede chirurgische oder medizinische *Behandlung*, die durch einen Arzt überwacht wird und *aus medizinischer Sicht notwendig* ist, um eine Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung* zu diagnostizieren, zu heilen oder maßgeblich 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.

Chirurgische Eingriffe – ein Vorgang in der Medizin, bei dem Krankheiten, *Verletzungen* und Missbildungen durch operative Methoden *behandelt* werden, die einen Eingriff in den Körper erfordern.

Cigna, wir, uns, unser, der Versicherer – Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* enthält Einzelheiten zum Cigna Unternehmen, das für *Ihren Vertrag* zuständig ist.

Ehepartner – der gesetzliche Ehemann oder die gesetzliche Ehefrau, oder der unverheiratete oder eingetragene Lebenspartner des *Anspruchsberechtigten*, den *wir* für den Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* akzeptiert haben.

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

Erkrankung(en) – jede Krankheit oder Verletzung, die bei einem Begünstigten diagnostiziert wird.

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.

Geltungsbereich – Land des gewöhnlichen Aufenthalts und Land Ihrer Staatsangehörigkeit. Um Zweifel auszuschließen: Es handelt sich um das Land des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers und das Land seiner Staatsangehörigkeit.

Großbritannien – das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland.

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

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

Klinik(en) – eine Einrichtung zur Gesundheitsfürsorge, die in dem Land, in dem sie sich befindet, insbesondere für die *ambulante Behandlung* von Patienten registriert oder lizenziert ist und in der die Versorgung oder Überwachung durch einen Arzt erfolgt.

Kosmetisch – Dienstleistungen, Verfahren oder Gegenstände, die vornehmlich für ästhetische Zwecke bereitgestellt werden und die nicht erforderlich sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

Krankenhaus – jede Einrichtung oder Institution, die als ein medizinisches oder chirurgisches *Krankenhaus* in dem Land registriert ist, in dem es sich befindet und in dem der *Anspruchsberechtigte* von einem Arzt oder einer *qualifizierten Pflegekraft* stationär gepflegt und überwacht wird.

Land der Staatsangehörigkeit – jedes Land, dessen Bürger, Staatsbürger oder Untertan

ein *Anspruchsberechtigter* entsprechend den Angaben in *Ihrem Antragsformular* 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.

Prothese(n) – künstliche Gliedmaßen oder Hilfsmittel, die zum Zweck oder in Verbindung mit einer *Operation* notwendig sind oder die für die *Behandlung* unmittelbar nach einer *Operation* notwendig sind, sofern dies aus *medizinischer Sicht* oder als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig notwendig ist.

Qualifizierte Pflegekraft – eine Pflegekraft, die nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, registriert oder lizenziert ist.

Rehabilitation – Physio-, Sprach- oder Ergotherapie im Rahmen einer

Behandlung, die auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des *Anspruchsberechtigten* nach einem Vorfall ausgerichtet ist.

Sie, Ihr, Ihrer, Ihres, Ihre, Ihrem – der *Versicherungsnehmer*.

Stationärer Patient – ein Patient, der in ein *Krankenhaus* aufgenommen wird und der über Nacht oder über einen längeren Zeitraum aus medizinischen Gründen ein Bett belegt.

Teilstationärer Patient – ein Patient, der in ein *Krankenhaus* oder eine Tagesklinik oder eine andere medizinische Einrichtung aufgenommen wird, um *behandelt* zu werden oder weil er eine Zeit der medizinisch überwachten Genesung benötigt, der aber kein Bett für die Übernachtung in Anspruch nimmt. Dies umfasst auch chirurgische Verfahren, die in der Praxis des Arztes durchgeführt werden.

Therapeut – ein Logopäde, Ernährungsberater oder Orthopäde, der entsprechend qualifiziert ist und in dem Land, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, über die erforderliche Lizenz verfügt, in dem Land zu praktizieren.

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

USA – die Vereinigten Staaten von Amerika und US-Territorien.

Verletzung – eine körperliche *Verletzung*.

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

Versicherungsbescheinigung – die Bescheinigung, die für den *Versicherungsnehmer* ausgestellt wird. Sie enthält die Versicherungsnummer, die jährliche Prämie, das *Datum des Versicherungsbeginns*, die Höhe der Selbstbeteiligung (falls gewählt), die Höhe des Eigenanteils (falls gewählt), die maximale Zuzahlung (falls gewählt), Details zu den versicherten Personen sowie

alle besonderen Ausschlusskriterien oder gegen eine Sonderzahlung aufgehobenen Ausschlusskriterien, zum Versicherungsplan und zu den gewählten Optionen (sofern zutreffend).

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 – ein Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten, in denen die *Anspruchsberechtigten* entsprechend den Angaben auf der *Versicherungsbescheinigung* durch diesen Vertrag versichert sind, und zwar ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* bis zum *Ablaufdatum* oder früher, falls die *Versicherung* in Übereinstimmung mit den *Vertragsbedingungen* gekündigt wird.

Vertragsbedingungen – die Bedingungen, allgemeinen Ausschlüsse und definierten Worte und Begriffe, auf denen dieser Vertrag beruht.

Vertragsdokumente – die Unterlagen in Verbindung mit der Versicherung, einschließlich dieser *Vertragsbedingungen*, des Kundenleitfadens, Ihrer *Versicherungsbescheinigung* und Ihrer Cigna ID-Karte.

Vertrag – der Vertrag, zu dem diese *Vertragsbedingungen*, der Kundenleitfaden (einschließlich der Liste der Leistungen und der Informationen zu den Erstattungsanträgen) und Ihre *Versicherungsbescheinigung* gehören.

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 Anbieter angesehen wird, der die Cigna Healthcare-Qualitätsstandards erfüllt. Die Genehmigung durch uns basiert auf unserem Prozess der medizinischen Notwendigkeitsprüfung, der von unserem medizinischen Team durchgeführt wird, und wir können, falls erforderlich, im Rahmen dieser Überprüfung eine Zahlungsgarantie abgeben. Die medizinische Behandlung, die

eine Vorabgenehmigung erfordert, ist in der Liste der Leistungen in Ihrem Kundenleitfaden klar angegeben. Wenn die erforderliche Vorabgenehmigung nicht bei uns angefordert wird, reduziert sich der Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen werden.

Vorerkrankung – jede vor dem *ursprünglichen Versicherungsbeginn* vorhandene Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* oder Symptome in Verbindung mit einer solchen Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung*, für die gilt:

- > eine medizinische Beratung oder eine *Behandlung* wurde beantragt oder in Anspruch genommen oder
- > dem *Anspruchsberechtigten* war sie bekannt und es wurde keine medizinische Beratung oder *Behandlung* beantragt oder in Anspruch genommen.

Zahlungsgarantie – eine verbindliche Garantie, vereinbarte Kosten in Verbindung mit einer bestimmten *Behandlung* zu bezahlen, die wir einem *Anspruchsberechtigten* oder einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Arzt ausstellen können.

Zahnarzt – ein Zahnarzt oder Zahnchirurg, der nach den Gesetzen des Landes, Staats oder regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* erbracht wird, als solcher registriert oder lizenziert ist.



„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. © 2024 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.