Cigna Global Health Options

VERTRAGS-BEDINGUNGEN

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und Definitionen in Bezug auf Ihren Plan

Together, all the way.℠

Cigna®

INHALT

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

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

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

Rechtliche und aufsichtsrechtliche Informationen Seite 3

Beschwerden Seite 3

Kontakt Seite 3

Abschnitt 1: Allgemeine Bedingungen Seite 4

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

Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien Seite 15

Abschnitt 3: Definitionen Seite 19

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

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

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

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

BESCHWERDEN

Alle Beschwerden sollten zuerst an *uns* an die Adresse geschickt werden, die im Abschnitt „Kontakt“ angegeben ist.

Wurde der Beschwerde nicht abgeholfen, kann sie an den Financial Ombudsmann Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR

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

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

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

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

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

Kontakt

Um diesen *Vertrag* zu kündigen,senden *Sie* bitte ein E-Mail an:**cignaglobal_customer.care@cigna.com**
Für Details lesen *Sie* bitte die Klausel 6.4 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**.

ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung

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

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

1.3
In diesem *Vertrag* haben *Sie* die Möglichkeit, weitere Personen (z. B. Familienmitglieder) als *Anspruchsberechtigte Ihrem Vertrag* hinzuzufügen, sofern ihr *gewöhnliches Aufenthaltsland* dasselbe *bestimmte Land* wie bei *Ihnen* ist. Bitte beachten Sie, dass die Entscheidung über die Hinzufügung weiterer *Anspruchsberechtigter* in *unserem* alleinigen Ermessen liegt (siehe Klausel 11 für weitere Details).

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

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

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

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

2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

2.1
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 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
Falls *Sie* oder andere *Anspruchsberechtigte* sich keine vorherige Genehmigung für eine *Behandlung* einholen oder eine *Behandlung* in den *USA* in einem *Krankenhaus*, einer *Klinik* oder bei einem praktischen *Arzt* erhalten, die nicht zum *Cigna*-Netzwerk gehören, werden *wir* unter Umständen nicht für *Ihre Behandlung* zahlen. Auf Seite 10 „Im Krankheitsfall“ des Kundenleitfadens finden *Sie* Einzelheiten darüber, wie *wir* die Abzüge *Ihrer* Schadenrückerstattungen berechnen. Eine Liste des *Cigna*-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*-Netzwerk vornehmen können, indem wir *Krankenhäuser*, *Kliniken*, *Ärzte* und Apotheken hinzufügen und/oder entfernen.

5.3
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.

5.4
Vorbehaltlich der Klausel 13 werden *wir Sie* über die Prämie und alle anderen Gebühren informieren, die im nächsten *Versicherungszeitraum* anfallen.

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

6. Kündigung

6.1
Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen werden *wir* diesen *Vertrag* für alle *Anspruchsberechtigten* in den folgenden Fällen sofort kündigen:

6.1.1
wenn eine Prämie oder andere Gebühren (einschließlich fälliger Steuern) nicht

innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Fälligkeitsdatum vollständig beglichen wurde/wurden. *Wir* werden *Sie* schriftlich informieren, wenn wir den *Vertrag* aus diesen Gründen kündigen;

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

6.1.3
wenn ein *Anspruchsberechtigter* auf einer Liste mit finanziellen Sanktionen gegen bestimmte Personen oder Organisationen steht, die vom Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, dem Amerikanischen Office of Foreign Assets Control oder einer anderen gültigen Gerichtsbarkeit geführt wird. Außerdem zahlen *wir* keine Erstattungsanträge, die *wir* in sanktionierten Ländern erhalten haben, wenn dies gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen Office of Foreign Assets Controlverstoßen würde.

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

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

6.4
Falls *Sie* diesen *Vertrag* kündigen und den Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* beenden möchten, können *Sie* dies jederzeit tun, indem 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.

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

6.5
Sofern *Ihr Vertrag* nicht gemäß Klausel 6.2 und/oder Klausel 7 beendet wurde, werden alle Prämien, die bereits für den Zeitraum nach der Beendigung eingezahlt wurden, zurückerstattet, sofern sie sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem *wir* Versicherungsschutz gewährt haben, sofern *wir* keine Erstattungsanträge

bezahlt oder *Zahlungsgarantien* für den *Versicherungszeitraum* abgegeben haben.

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

7. Betrug

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

i. nicht verpflichtet, Schadenrückerstattungen zu leisten;

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

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

7.2
Sollten *wir unser* Recht gemäß Klausel 7.1 (iii) geltend machen:

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

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

7.3
Wenn dieser *Vertrag* anderen *Anspruchsberechtigten* außer *Ihnen* Versicherungsschutz bietet und unter diesem *Vertrag* im Namen eines anderen *Anspruchsberechtigten* als *Ihnen* ein betrügerischer Erstattungsantrag gestellt wird, können *wir* das in Klausel 7.1 festgelegte Recht geltend machen und dies als getrennten *Versicherungsvertrag* zwischen *uns* und dem entsprechenden *Anspruchsberechtigten* ansehen. Die Ausübung dieses Rechts berührt aber nicht den Versicherungsschutz, den der *Vertrag* für die anderen *Anspruchsberechtigten* vorsieht.

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

8. Versicherungsoptionen

8.1
Wenn ein *Anspruchsberechtigter* keinen Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen*, für den Krankentransport und Crisis Assistance Plus™, für Gesundheit und Wohlbefinden oder für zahn- und augenärztliche *Behandlungen* besitzt, zahlen *wir* keine der *Behandlungen* oder andere Leistungen, die unter diesen Optionen verfügbar sind.

8.2
Die Versicherungsoptionen können nicht auf *Ihren* Wunsch hin während des *Versicherungszeitraums*, sondern erst bei der Verlängerung geändert werden. Wenn *Sie* Versicherungsoptionen hinzufügen oder entfernen möchten oder wenn *Sie Ihre* Selbstbeteiligung, *Ihren* Eigenanteil oder die maximale Zuzahlung reduzieren möchten, können *wir Sie* auffordern, den Fragebogen zur Krankengeschichte neu auszufüllen und für die neuen Versicherungsoptionen neue Sondereinschränkungen oder Ausschlüsse anwenden. Bitte informieren *Sie uns* mindestens sieben (7) Tage vor dem *Datum der jährlichen Verlängerung.*

9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil

9.1
Wenn *Sie* bei *Ihrer* Internationalen Krankenversicherung und/oder beim Internationalen Versicherungsschutz für

ambulante Behandlungen (wo zutreffend) eine Selbstbeteiligung gewählt haben, müssen *Sie* den Betrag der Selbstbeteiligung direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik,* den *Arzt* oder die Apotheke bezahlen. *Wir teilen Ihnen die Höhe dieses Betrags mit.*

Wir werden den Betrag für die Kosten *Ihrer Behandlung* bei jedem Erstattungsantrag, der im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung oder des Internationalen Versicherungsschutzes für *ambulante Behandlungen* (falls anwendbar) gestellt wird, bis zum Erreichen der für den *Versicherungszeitraum* festgelegten Selbstbeteiligung um den Betrag der Selbstbeteiligung reduzieren.

9.2
Wenn *Sie* bei der Internationalen Krankenversicherung und/oder beim Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* (falls anwendbar) einen Eigenanteil ausgewählt haben, so ziehen *wir* den Prozentanteil des Eigenanteils von dem von *uns* zu zahlenden Betrag für die *Behandlungskosten* ab. *Sie* sind für die Zahlung des Eigenanteils direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik,* den *Arzt* oder die Apotheke verantwortlich. Die von *Ihnen* gezahlten Beträge unterliegen dem Kappeffekt der maximalen Zuzahlung.

9.3
Nur die Beträge, die *Sie* als Eigenanteil für die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* bezahlen, unterliegen dem Kappeffekt der maximalen Zuzahlung. Folgende Beträge gelten nicht für die maximale Zuzahlung:

- alle Beträge, die *Sie* als Selbstbeteiligung zahlen;
- Überschreitung der Deckungsgrenzen;
- *Behandlungen*, die nicht durch die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen* abgedeckt sind, oder
- Strafen wegen der fehlenden Vorabgenehmigung oder wegen der Nutzung von nicht zum Netzwerk gehörenden Anbietern in den *USA*.

Alle Beträge, die *Sie* als Selbstbeteiligung, Eigenanteil und sofern zutreffend als maximale Zuzahlung bezahlen, werden für jeden *Anspruchsberechtigten*, für jede Versicherungsoption und für jeden *Versicherungszeitraum* einzeln berechnet.

9.4
Bei „Barleistungen stationärer Patienten“ oder „Pflegeleistungen für Neugeborene“ wird keine Selbstbeteiligung angewandt.

10. Hinzufügen und Entfernen 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 ü*bersenden *Ihnen* eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* als Bestätigung dafür, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

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

10.2.1
Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen unter diesem *Vertrag* abgedeckt war, benötigen *wir* keine Informationen über den Gesundheitszustand des Neugeborenen

und keine medizinischen Tests, sofern das *Antragsformular* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei *uns* eingeht. Wenn ein *Antrag* jedoch mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei *uns* eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.

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

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

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

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

11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit

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

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

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

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

12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden

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

13. Vertragsverlängerung

13.1
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*, *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
Wenn *Sie* Versicherungsoptionen hinzufügen oder entfernen möchten, müssen *Sie uns* mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen *Verlängerungsdatum* schriftlich darüber informieren. *Wir* können neue spezielle Einschränkungen, Ausschlüsse und/oder eine Anpassung der Prämie vornehmen. In diesem Fall würden *wir Ihnen* eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* zusenden.

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

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

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

14. Datenschutz

14.1
Bei der Überprüfung *Ihres Antragsformulars* und bei der Umsetzung *Ihres Vertrags* und *Ihrer* Versicherung erfassen, verarbeiten *wir* bestimmte personenbezogene Daten über *Sie* und leiten diese weiter. Der Schutz

Ihrer Privatsphäre hat für *uns* größte Wichtigkeit. Wir werden *Ihre* Informationen in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen, einschließlich der allgemeinen Datenschutzverordnung (EU 2016/679) und aller anderen anwendbaren Gesetze und Richtlinien in Bezug auf den Schutz personenbezogener Daten aufbewahren. Weitere Informationen finden *Sie* in *unserer* Datenschutzerklärung, die *wir* ggf. von Zeit zu Zeit aktualisieren.

14.2

Cigna 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* 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* 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 keine Krankenversicherung anbieten oder Leistungen an oder im Namen von Anspruchsberechtigten auszahlen, wenn dies gegen diese Sanktionsregeln verstoßen würde. Falls *Cigna* erfährt, dass eine sanktionierte natürliche oder juristische Person im Rahmen der *Police* eingeschrieben ist oder ein *Anspruchsberechtigter* sanktioniert wird, ergreift *Cigna* alle angemessenen Maßnahmen, die die Sperrung, Berichterstattung und Beendigung der Krankenversicherung umfassen können. *Cigna* 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* Folgendes nicht ab: (1) elektive oder vorab geplante Behandlung in sanktionierten Ländern oder (2) Anspruchsberechtigte, die als „gewöhnlich in einem sanktionierten Land ansässig“ gelten. *Anspruchsberechtigte* gelten als gewöhnlich ansässig, wenn sie ein sanktioniertes Land über einen Zeitraum von mehr als 6 Wochen im Verlauf eines Zeitraums von 12 Monaten besuchen.

20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten

20.1

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

20.2

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

20.3

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

Wenn die Impfung in einer zugelassenen privaten Einrichtung erfolgen werden muss und *Ihre* ausgewählte *Versicherung* die

Deckung für klinisch geeignete Impfstoffe umfasst, ist der Impfstoff ambulant gemäß den Bestimmungen der *Police* abgedeckt, sofern die entsprechenden lokalen Aufsichtsbehörden den Impfstoff in dem Land, in dem er verabreicht wird, als sicher und wirksam erachten.

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

ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN

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

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

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

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

1. *Behandlungen* durch::

a) einen *Arzt*, der von den zuständigen Behörden in dem Land, in dem die *Behandlung* erbracht wird, nicht als Spezialist oder Experte für die *Behandlung*, Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* anerkannt ist;

b) einen *Arzt*, einen Therapeuten, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder eine Einrichtung, denen *wir* schriftlich mitgeteilt haben, dass *wir* sie nicht länger als einen Dienstleister für die *Behandlung* anerkennen. Details über Personen, Institutionen und Organisationen, denen *wir* eine entsprechende Mitteilung gegeben haben, können durch einen Anruf bei *unserem* Kundendienstteam eingeholt werden; oder

c) einen *Arzt*, einen Therapeuten, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder Einrichtung, die *unserer* Meinung nach nicht ordnungsgemäß qualifiziert oder befugt sind, um die *Behandlung* zu erbringen, oder nicht für die Durchführung einer *Behandlung* zuständig sind.

2. *Behandlung* für:

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

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

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

Im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung gelten die Beschränkungen für präventive *Operationen*

in Bezug auf angeborene Erkrankungen mit Ausnahme von Krebserkrankungen.

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

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

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

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

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

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

8. Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

9. *Behandlungen* in *Kliniken* für Naturheilkunde, Heilbädern, Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen, die keine *Krankenhäuser* oder *anerkannten* Dienstleister für medizinische *Behandlungen* sind.

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

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

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

15. Nichtmedizinische Einweisungen oder Krankenhausaufenthalte, einschließlich:

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

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

17. Sofern sie nicht aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen

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

18. Fußbehandlungen durch einen Fußpfleger oder Podologen.

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

20. *Behandlungen*, die aufgrund eines Selbstmordversuches nötig sind oder damit im Zusammenhang stehen, oder jede *Verletzung* oder Erkrankung, die der *Anspruchsberechtigte* sich selbst zufügt.

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

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

28. *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).

29. *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

30. *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) Teilnahme an einer gefährlichen sportlichen Aktivität oder einem Hobby, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Wintersport abseits der Piste, Basejumping, Tombstoning oder Klippenspringen, Bergsteigen oder Klettern, Höhlenwandern, Motorsport, Pferdesport (z. B. Pferderennen oder -springen, Polo oder Jagd), Stierreiten oder Stierlaufen, Parkour;
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.

31. *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.

32. 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.

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

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.

Ausgewähltes Versicherungsgebiet – bedeutet entweder:

- Weltweit einschließlich der *USA* oder
- Weltweit ohne *USA*.

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.

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.

Betreffendes Land – das *Aufenthaltsland* des *Anspruchsberechtigten*, das zu einem der folgenden Länder gehört: Dänemark, Griechenland, Malta, Rumänien oder Zypern.

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.

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

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

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

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

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.

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.

Weltweit ausschließlich USA – alle Länder mit Ausnahme der *USA*.

Weltweit einschließlich USA – alle Länder auf der ganzen Welt, ausschließlich der Länder, mit dem die Regierung der *USA* zum Zeitpunkt des Anfangsdatums dieser *Behandlung* den Handel untersagt hat, sodass Zahlungen gegen geltendes Recht verstoßen.

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.

HINWEISE

Together, all the way.[SM]

Cigna“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch die Cigna Corporation und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen und nicht durch die Cigna Corporation 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. © 2021 Cigna. Alle Rechte vorbehalten.

CGHO Policy Rules CLICE EU DE 05/2022