



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.....	5
5. Prämien und andere Gebühren.....	6
6. Kündigung.....	6
7. Betrug.....	8
8. Versicherungsoptionen.....	8
9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil.....	9
10. Hinzufügen und Entfernen von Anspruchsberechtigten.....	10
11. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsangehörigkeit.....	10
12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden.....	11
13. Vertragsverlängerung.....	11
14. Datenschutz.....	12
15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?.....	12
16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten.....	12
17. Sonstige Versicherungen.....	13
18. Vertragsanpassungen.....	13
19. Sanktionen.....	13
20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten.....	13
Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien	Seite 15
Abschnitt 3: Definitionen	Seite 20

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Die Versicherung wird bereitgestellt von:

Cigna Global Insurance Company Limited
PO Box 155, Mill Court,
La Charroterie, St Peter Port,
Guernsey GY1 4ET
Channel Islands

Cigna Global Insurance Company Limited ist in Guernsey von der Guernsey Financial Service Commission für Versicherungstätigkeiten zugelassen ist und wird von ihr 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 Ombudsman Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

The Channel Islands Financial Ombudsman (CIFO)
PO Box 114, Jersey, Channel Islands
JE4 9QG

Telefon: **+44 (0)1534 748610**
Fax: **+44 (0) 1534 747629**
Email: **complaints@ci-fo.org**

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 6.7 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

Dieser Vertrag wird nur *Anspruchsberechtigten* angeboten, bei denen es sich um *im Ausland lebende Personen* handelt. Daher deckt dieser Vertrag die Kosten einer *Behandlung im Land der Staatsangehörigkeit des Anspruchsberechtigten* nur dann, wenn sich der *Anspruchsberechtigte im Land seiner Staatsangehörigkeit vorübergehend* 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, 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.

1.3

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 eine 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, 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

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).

6.7

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

6.7.1

Wenn ein *Vertrag* gemäß Klausel 6.7 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.

6.8

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.

6.9

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 Deckungsoptionen können während der Laufzeit des Versicherungsschutzes nicht auf Ihren Wunsch hin geändert werden, sondern nur bei der Verlängerung. Wenn Sie Deckungsoptionen hinzufügen oder streichen oder Ihren Selbstbehalt, Ihre Kostenbeteiligung oder Ihren Zuzahlungshöchstbetrag reduzieren möchten, bitten *wir* Sie möglicherweise, einen neuen Anamnesefragebogen auszufüllen, und *wir* können neue besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse für die neuen Versicherungsoptionen vorsehen. Sie sollten *uns* dies mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich mitteilen.

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 Selbstbehalts 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 Selbstbehalts, bis die Höhe des Selbstbehalts 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 Selbstbehalts 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 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* 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 6.7 zu kündigen, wobei die Klauseln 6.7.1, 6.8 und 6.9 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*, *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 *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, 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 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 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) Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS);
- c) physische Entwicklungsprobleme wie z. B. Kleinwüchsigkeit;
- d) affektive Persönlichkeitsstörungen;
- e) schizoiden Persönlichkeitsstörungen oder
- f) histrionische Persönlichkeitsstörungen.

22. Kiefergelenkerkrankungen.

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 Heliskiing und 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.

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. 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.

34. 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.

35. *Behandlungen* von Fettleibigkeit oder die aufgrund von Fettleibigkeit erforderlich sind. Dies beinhaltet unter anderem Abnehmekurse, 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.

36. *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.

37. Behandlung in direktem Bezug auf Leihmutterschaft.

38. *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.

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. © 2023 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.