



Cigna Close Care<sup>SM</sup> Plan

# Leitfaden für kunden

Alles, was Sie über Ihre Versicherung wissen müssen







**Wir helfen ihnen,  
ihre gesundheit, ihr  
wohlbefinden und ihren  
seelenfrieden zu verbessern.**



# Inhalt

- 04 Willkommen
- 05 Ihr Cigna Close Care<sup>SM</sup> Versicherungsplan

## Unsere Gesundheitsdienste

- 06 Unsere Kundenbetreuung
- 07 Unsere Dienstleistungen für Ihre Rundum-Gesundheit
- 08 Klinisches Fallmanagement
- 10 Die Cigna Wellbeing<sup>TM</sup> App

## Praktische Informationen

- 11 Ihr Leitfaden für eine Behandlung
- 13 Einreichen von Erstattungsanträgen
- 14 Ihr Online-Kundenbereich
- 15 So funktionieren Selbstbehalt und Kostenbeteiligung

## Leistungen im Überblick

- 17 Stationäre und teilstationäre Leistungen
- 30 Ambulante und Wellness-Behandlungen
- 38 Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

## Möchten sie kontakt aufnehmen?

Wenn Sie Fragen zu *Ihrem Vertrag* haben, eine Genehmigung für eine *Behandlung* benötigen oder aus anderen Gründen, wenden Sie sich bitte an *unser* Kundenbetreuungsteam - 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr.



### NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live-Chat mit *uns*  
Nachricht an *uns*  
Rückruf vereinbaren



### TELEFONISCHER KONTAKT

International: +44 (0) 1475 788 182  
USA: 800 835 7677 (gebührenfrei)  
Hongkong: 2297 5210 (gebührenfrei)  
Singapur: 800 186 5047 (gebührenfrei)



Alternativ können Sie *uns* auch eine E-Mail schicken an:  
[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)

# Willkommen

Willkommen bei Ihrem Cigna Close Care<sup>SM</sup> Plan und vielen Dank, dass Sie sich für Cigna Healthcare als Ihren Gesundheitspartner entschieden haben. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Ihre Gesundheit, Ihr Wohlbefinden und Ihren Seelenfrieden zu verbessern - und alles, was wir tun, ist darauf ausgerichtet, dies zu erreichen.



Globales Netzwerk mit über 1,65 Millionen Partnerschaften - schneller und einfacher Zugang zur Gesundheitsversorgung in Ihrem Geltungsbereich.



Zu Ihrem Vorteil bieten wir in den meisten Fällen eine direkte Abrechnung an, wenn Sie sich bei einem Anbieter behandeln lassen, der zu unserem Netzwerk gehört.



Zugriff auf Tools wie unser klinisches Fallmanagementprogramm, die Cigna Wellbeing<sup>TM</sup> App und Ihrem Online-Kundenbereich.



Wir stellen Sie und Ihre Familie in den Mittelpunkt unseres Handelns. Kontaktieren Sie unser erfahrenes Kundenbetreuungsteam 24 Stunden am Tag.

## 1 Lesen Sie alle Vertragsunterlagen.

Die folgenden Dokumente sind Teil des Versicherungsvertrags zwischen *Ihnen* und *uns* für diesen *Versicherungszeitraum*. Die *kursiv* gedruckten Begriffe haben die im Abschnitt „Definitionen“ der Versicherungsbedingungen angegebene Bedeutung.

- Leitfaden für Kunden
- Versicherungsbedingungen
- Versicherungsschein

Diese Dokumente finden Sie in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich (siehe Seite I4).

## 2 Entdecken Sie den vollen Umfang unseres Versicherungsschutzes.

Überprüfen Sie *Ihren* *Versicherungsschein*, um sich genau zu vergewissern, welche optionalen Leistungen Sie zu *Ihren* *Basisleistungen* hinzugefügt haben.

## 3 Laden Sie unsere Cigna Wellbeing<sup>TM</sup>-App herunter.

Sie können die App kostenlos über Google Play oder den Apple Store herunterladen:

**Schritt 1:** Suchen Sie in *Ihrem* App Store nach „Cigna Wellbeing“ und laden Sie die App herunter.

**Schritt 2:** Wählen Sie „Global Individual Plan“ aus dem Dropdown-Menü.

**Schritt 3:** Loggen Sie sich mit *Ihren* Anmeldedaten für den Kundenbereich ein.

Auf Seite IO erfahren Sie mehr über die Funktionen der Cigna Wellbeing<sup>TM</sup>-App.

# Ihr Cigna Close Care<sup>SM</sup> Versicherungsplan



## Geltungsbereich

- Der Cigna Close Care<sup>SM</sup> Versicherungsplan deckt Sie in dem Land Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes und in dem Land Ihrer Staatsangehörigkeit ab. Das bedeutet, dass Sie nur dort für den Versicherungsschutz zahlen, wo Sie ihn am meisten benötigen, nämlich in dem Land, in dem Sie leben werden, und wenn Sie für vorübergehende Besuche nach Hause zurückkehren.
- Diese vorübergehenden Besuche dürfen 180 Tage pro Versicherungszeitraum nicht überschreiten, und das Land Ihrer Staatsangehörigkeit muss im Geltungsbereich liegen.
- Der Geltungsbereich USA ist nur zulässig, wenn eine der folgenden Optionen zutrifft:
  - Der Versicherungsschutz für die USA ist eingeschlossen, wenn das Land des gewöhnlichen Wohnsitzes die USA sind.
  - USA-Staatsangehörige können sich für den Abschluss einer USA-Deckung entscheiden. Wenn sich der Versicherungsnehmer nicht für den Abschluss einer USA-Deckung entscheidet, haben die Begünstigten keinen Versicherungsschutz bei Heimatbesuchen.

## Medizinische notfallbehandlungen ausserhalb des geltungsbereichs

- Wenn Sie sich an einem Ort außerhalb Ihres Geltungsbereichs aufhalten, bietet Ihr Versicherungsplan auch eine medizinische Notfallversorgung.
- Die Begünstigten sind bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Ihres Geltungsbereichs für eine stationäre oder teilstationäre Notfallbehandlung oder für eine ambulante Behandlung (wenn Sie die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ im Rahmen Ihres Vertrags abgeschlossen haben) versichert.
- Der Versicherungsschutz ist auf einen Zeitraum von maximal einundzwanzig (21) Tagen pro Reise und auf maximal fünfundvierzig (45) Tage pro Versicherungszeitraum für alle Reisen zusammen begrenzt. Bitte lesen Sie die vollständigen Bedingungen für diese Leistung in Abschnitt 8.3 Ihrer Versicherungsbedingungen.



## Ihr versicherungsschutz

- Ihre Basisleistungen bietet Ihnen umfassenden Versicherungsschutz für stationäre und teilstationäre Behandlungen.
- Bei der Erstellung Ihres maßgeschneiderten Cigna Close Care<sup>SM</sup> Versicherungsplans haben Sie möglicherweise die folgenden optionalen Leistungen gewählt, um Ihre Basisleistungen zu ergänzen: das Modul ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ und das Modul ‚Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung‘.
- Um sich daran zu erinnern, welche Leistungen Sie gewählt haben, werfen Sie einen Blick auf Ihren Versicherungsschein, der in Ihrem Online-Kundenbereich verfügbar ist.

## Leistungsgrenze bei Erkrankung

- Ihr Cigna Close Care<sup>SM</sup> Versicherungsplan hat eine Leistungsgrenze bei Erkrankung von 250.000\$/200.000€/165.000€ pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.
- Dies umfasst alle Erstattungsanträge, die in allen Bereichen der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung Zusammenhang mit der Grunderkrankung gezahlt werden.
- Zur Klarstellung: Dies gilt nicht für bestehende Erkrankungen. Ausführliche Informationen finden Sie in der Leistungsübersicht auf Seite 17.



# Unsere Kundenbetreuung

Bei uns steht der **MENSCH AN ERSTER STELLE**, und unsere Teams sind bestrebt, Ihnen ein Höchstmaß an Service und Betreuung zu bieten.



Bei uns steht der **MENSCH AN ERSTER STELLE**, und unsere Teams sind bestrebt, Ihnen ein Höchstmaß an Service und Betreuung zu bieten.

- Sie können sich rund um die Uhr an *unsere* erfahrenes Kundendienstteam wenden.
- *Unsere* mehrsprachigen Servicezentren sind bemüht, *Ihren* Anruf innerhalb von 20 Sekunden zu beantworten.
- *Wir* bemühen uns, *Ihre Kostenübernahmeerklärung* innerhalb einer Stunde nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten, um Verzögerungen bei *Ihrer Behandlung* zu vermeiden.
- *Wir* bemühen uns, die von *Ihnen* eingereichten Anträge innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten.



Bei uns haben **SIE** die Kontrolle.

Sie haben Zugang zu einfachen Online-Tools, um *Ihren Vertrag* zu verwalten und *Ihre Erstattungsanträge* einzureichen.

- Weitere Einzelheiten zu *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich finden Sie auf Seite 13 dieses Kundenleitfadens.
- Sie haben mehrere Möglichkeiten, mit *uns* in Kontakt zu treten, um die Hilfe zu erhalten, die Sie benötigen, und zwar so, wie es am bequemsten ist für Sie.



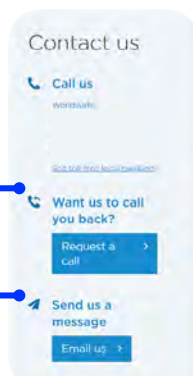
Live-Chat



Rufen Sie uns an oder vereinbaren Sie einen Rückruf



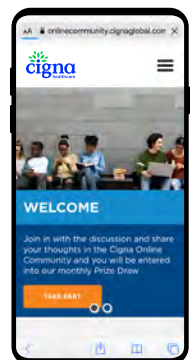
E-Mail an uns



Wir bemühen uns, unseren Service für **SIE** laufend zu verbessern.

Wie sind bestrebt, *unsere* Krankenversicherungspläne und Dienstleistungen anhand *Ihres* Feedbacks kontinuierlich zu verbessern.

- *Wir* laden Sie eventuell ein, *uns* mitzuteilen, ob *wir* *Ihre* Erwartungen erfüllen, indem Sie an Umfragen von Net Promoter Score teilnehmen.
- *Wir* laden Sie eventuell ein, *unserer* exklusiven Online-Community beizutreten, um mit *Ihnen* einen Dialog über die Dinge zu führen, die *Ihnen* wichtig sind (abhängig von *Ihrem* Standort).



Weitere Informationen darüber, wie Sie *uns* kontaktieren können, finden Sie auf Seite 3 dieses Kundenleitfadens.

# Unsere Dienstleistungen für Ihre Rundum-Gesundheit

**Wir sind Ihr PARTNER FÜR RUNDUM-GESUNDHEIT und wir unterstützen Sie auf Ihrem Weg zum Wohlbefinden.**



**Unser klinisches Fallmanagement-Programm kann über unser Kundenbetreuungsteam in Anspruch genommen werden.**

## Zugang zu unserem klinischen Team

Sie haben Zugang zu *unserem* klinischen Fallmanagement-Programm, das von *unserem* engagierten Team aus Ärzten und Pflegefachkräften durchgeführt wird. Sie unterstützen *Sie*, wenn bei Ihnen eine schwere oder komplexe Erkrankung diagnostiziert wird, damit *Sie* die volle medizinische Unterstützung erhalten, die *Sie* verdienen.

Das Programm kann *Sie* unterstützen durch:

- Koordinierung *Ihrer* Gesundheitsversorgung und *Ihres* Behandlungsplans;
- Zugang zu weltweiten medizinischen Experten für Beratung und Unterstützung;
- Bereitstellung von medizinischen Zweitmeinungen oder medizinischen Berichten, falls erforderlich.

Weitere Einzelheiten zu *unserem* klinischen Fallmanagement-Programm finden *Sie* auf Seite IO dieses Kundenleitfadens.

## Zugang zu unserer Wellbeing™ App

Mit *unserer* interaktiven App können *Sie*:

- **Auf globale Telemedizin zugreifen:** Video- und Telefonsprechstunden mit Ärzten und Fachärzten;
- **Ihre Gesundheit managen:** Mit Gesundheitsrisikoanalysen und dem Management chronischer Erkrankungen;
- **Ihre Verhaltensweisen ändern:** Verfolgen *Sie* biometrische Daten und profitieren *Sie* von Online-Coaching-Programmen und einer Gesundheitsbibliothek.

Weitere Einzelheiten zur Wellbeing™ App finden *Sie* auf Seite IO dieses Kundenleitfadens.

**Sie können die App kostenlos über Google Play und den Apple Store herunterladen.**

Werden *Sie* noch heute aktiv:

- Suchen *Sie* nach „Cigna Wellbeing“ in *Ihrem* App Store.
- Laden *Sie* die App herunter.
- Wählen *Sie* „Global Individual Plan (Versicherungsnehmer)“.
- Loggen *Sie* sich mit *Ihren* Anmeldedaten für den Kundenbereich ein.

## Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements

**Wird nur im Rahmen des optionalen Moduls ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ angeboten.**

Dieser Service bietet vertrauliche Unterstützung bei allen beruflichen, privaten oder familiären Problemen, die für *Sie* wichtig sind, durch Beratung, telefonische Unterstützung und Online-Programme.

**Verfügbar, wenn *Sie* das optionale Modul ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ gewählt haben. Wenn *Sie* diese Dienstleistung in Anspruch nehmen möchten, rufen *Sie* uns bitte an und wir werden *Sie* an unseren Gesundheitsdienstleister weiterleiten.**

**Sie haben Zugang zu:**

- Telefonische, persönliche oder Video-Kurzzeitberatung;
- Achtsamkeits-Coaching-Sitzungen;
- Online-Programm für kognitive Verhaltenstherapie;
- Karriereunterstützung mit Life-Coaching-Sitzungen und Unterstützung für Personalmanager;
- Informationen über Fachleute vor Ort und Überweisungen.

Weitere Einzelheiten finden *Sie* auf Seite 25 dieses Kundenleitfadens.

# Klinisches Fallmanagement

**Wir möchten Ihnen und Ihrer Familie mit unserem klinischen Fachwissen helfen, ein glücklicheres und gesünderes Leben zu führen. Mit diesem Programm erhalten alle Begünstigten Zugang zu klinischen Dienstleistungen, indem sie sich an unser Kundenbetreuungsteam wenden.**



## Zugang zur gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

Unser **Global Telehealth**-Service bietet *Ihnen* bei nicht dringenden Gesundheitsfragen Zugang zu zugelassenen *Ärzten* auf der ganzen Welt. *Wir* können für *Sie* oft noch am selben Tag einen Rückruftermin vereinbaren oder *Sie* vereinbaren eine Telefon- oder Videokonsultation über die *Cigna Wellbeing™* App.

- *Sie* können eine Diagnose für nicht dringende Gesundheitsprobleme erhalten;
- Er kann *Ihnen* helfen, sich auf eine bevorstehende Sprechstunde oder einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten;
- *Sie* können ein Medikament oder einen *Behandlungsplan* und mögliche Nebenwirkungen besprechen.



## Fühlen sie sich auf ihrem medizinischen weg unterstützt

Unser **Fallmanagement**-Service weist *Ihnen* einen Fallmanager zu, wenn bei *Ihnen* eine komplexe Erkrankung diagnostiziert wird, die besondere Unterstützung erfordert. Er ist *Ihr* zentraler Ansprechpartner und bietet *Ihnen* Unterstützung bei der Koordinierung *Ihrer* Gesundheitsversorgung und *Ihres* *Behandlungsplans*.

- *Sie* erhalten von dem *Ihnen* zugewiesenen Fallmanager persönliche Beratung und Unterstützung.
- *Wir* erstellen maßgeschneiderte *Behandlungspläne*, die *Ihnen* individuellen Bedürfnissen am besten entsprechen.
- *Unser* Ziel ist es, die Zahl unnötiger oder zusätzlicher *Krankenhauseinweisungen* zu verringern.

Unser **Programm für chronische Erkrankungen** bietet Unterstützung, wenn *Sie* an einer chronischen Erkrankung leiden. Wenn es sich bei der Erkrankung um einen besonderen Ausschluss handelt, der in *Ihrem* *Versicherungsschein* aufgeführt ist, können *wir* *Ihnen* dennoch bei der *Behandlung* *Ihrer* Erkrankung helfen, auch wenn *Ihr* Ausschluss weiterhin für jede *Behandlung* gilt.

- Ein Fallmanager wird regelmäßige Gespräche führen, um *Ihre* Erkrankung und *Ihren* *Behandlungsplan* zu überwachen und zu bewerten.
- Der *Ihnen* zugewiesene Fallmanager wird gemeinsam mit *Ihnen* spezifische und erreichbare Ziele festlegen, um *Sie* bei der Bewältigung und Aufrechterhaltung *Ihrer* Erkrankung zu unterstützen.





## Beruhigung dank medizinischer zweitmeinungen

Unser **Programm zur Unterstützung bei Behandlungsentscheidungen** bietet Ihnen Zugang zu führenden medizinischen Experten, die Ihnen Ratschläge und Empfehlungen zu Ihrer individuellen Diagnose und Ihrem Behandlungsplan geben können.

Dieser Service wird von unserem unabhängigen Partner angeboten, der mit weltweiten medizinischen Experten zusammenarbeitet, um Ratschläge und Empfehlungen zu einzelnen Fällen und Behandlungsplänen zu geben.

- Unser Partner kontaktiert Sie innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt Ihrer Krankengeschichte.
- Der medizinische Bericht enthält die Meinung des medizinischen Experten zu Ihrer Diagnose und Ihrem Behandlungsplan.
- Sie können auch Ihre eigenen Fragen zu Ihrer Diagnose und Ihrem Behandlungsplan einreichen, die im Bericht beantwortet werden sollen.



# Die Cigna Wellbeing™ App

Unsere Cigna Wellbeing™ App bietet Ihnen eine Vielzahl von Tools und Funktionen, die Ihnen helfen, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verwalten.



## Zugang zur gesundheitsversorgung, jederzeit und überall

Die Cigna Wellbeing™-App ist der einfachste Weg, um auf Globale Telemedizin zuzugreifen.



### EINEN TERMIN ANFRAGEN.

Nutzen Sie die Cigna Wellbeing™-App, um jederzeit und überall einen Termin mit einem Arzt zu vereinbaren.



### MIT EINEM ARZT SPRECHEN.

Das Erstgespräch findet mit einem Allgemeinmediziner statt (per Telefon oder Video).



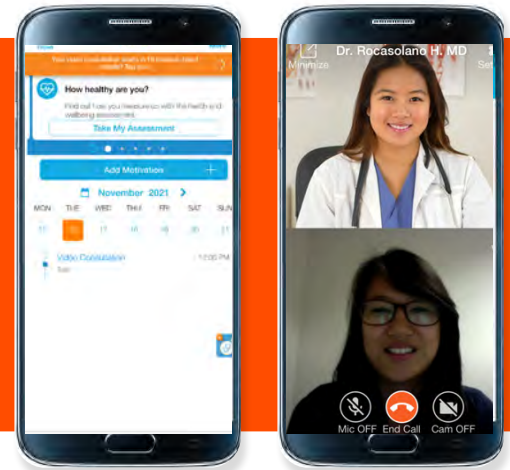
### SICH BESSER FÜHLEN.

Fühlen Sie sich sicher, weil Sie mit einem Arzt gesprochen haben.



## Warum Globale Telemedizin nutzen?

- **Es ist bequem.** Sie müssen weder Ihr Haus noch Ihren Arbeitsplatz verlassen.
- **Sie ist 24/7 verfügbar.** Das bedeutet, dass Sie rund um die Uhr Zugang zu Ärzten haben, in der Regel innerhalb von 24 Stunden (je nach Sprachpräferenz).
- **Sie ist erschwinglich.** Sie bietet eine Alternative zu einem Besuch in der Arztpraxis oder einer Klinik – ohne Selbst- oder Kostenbeteiligungszahlungen und ohne Begrenzung der Anzahl der vereinbarten Konsultationen.



## Verwalten sie ihre gesundheit

### Gesundheitsanalysen

Mit der vertraulichen Online-Gesundheitsrisikoanalyse können Sie Ihren eigenen, individuellen Bericht erstellen. Der 360°-Blick auf Ihre Gesundheit zeigt Ihnen:

- Ihren Gesundheitswert
- Ihre positiven Gewohnheiten
- Die verbesserungswürdigen Bereiche
- Alle Risikobereiche

### Management chronischer Erkrankungen

Dieses Programm, das von unseren äußerst erfahrenen Pflegekräften geleitet wird, hilft Ihnen, Ihre chronischen Krankheiten in den Griff zu bekommen, insbesondere:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Herzprobleme

Füllen Sie bitte die Bewertung Ihres Wohlbefindens aus und teilen Sie uns mit, ob Sie von uns kontaktiert werden möchten.



## Verhaltensweisen ändern

### Biometrische Daten verfolgen

Mit der Cigna Wellbeing™-App können Sie Ihre Gesundheit kontinuierlich verfolgen:

- Schlaf
- Größe/Gewicht
- Blutzucker
- Blutdruck
- Cholesterin
- Ihre Gesundheitsnotizen

### Gesundheitsinhalte & Coaching-Programme

Entdecken Sie Artikel, Online-Coaching-Programme und Videos, die Ihnen helfen sollen, bessere Entscheidungen in Bezug auf Schlaf, Stress, Ernährung und Bewegung zu treffen.

- Lebensstil
- Allgemeine Gesundheit
- Ernährung/Gewicht
- Gesunde Rezepte
- Körperliche Aktivität
- Stress

# Ihr Leitfaden für eine Behandlung

**Wir möchten sicherstellen, dass die Behandlung für Sie oder Ihre Familie so stressfrei wie möglich verläuft.**

## Vor der Behandlung

Setzen Sie sich vor der **Behandlung** mit **unserem Kundenservice** in Verbindung. Sie können **uns** rund um die Uhr über den Live-Chat in **Ihrem** gesicherten Online-Kundenbereich, per Telefon oder E-Mail erreichen (Einzelheiten siehe Seite 3).

- Wir können Ihnen bei der Erstellung Ihres Behandlungsplans helfen und Ihnen den richtigen Weg weisen, damit Sie nicht selbst nach einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Arzt suchen müssen.
- Wir können uns direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass die Behandlung, die Sie vorhaben, von Ihrem Vertrag abgedeckt ist, und eine Vorabgenehmigung ausstellen.
- Wir können uns direkt mit Ihrem Behandlungsanbieter in Verbindung setzen, um die direkte Abrechnung durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung zu veranlassen.



Wenn es sich um einen Notfall handelt und Sie uns nicht vorher anrufen können, kontaktieren Sie uns innerhalb der nächsten 48 Stunden.

## Erhalt einer Behandlung

Bitte denken Sie daran, Ihre Cigna-Mitgliedskarte mit sich zu führen. Eine Kopie Ihrer Cigna-Mitgliedskarte finden Sie in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich.

## Nach der Behandlung

**In den meisten Fällen zahlen wir direkt an das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt.**

- Wir zahlen nur den Teil der entstandenen Behandlungskosten, der gedeckt ist.
- Alle Begünstigten sind dafür verantwortlich, den Selbstbehalt oder die Kostenbeteiligung direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zu zahlen, und zwar zum Zeitpunkt der Behandlung.

Eine Liste der Krankenhäuser, Kliniken und Ärzte, die dem Cigna-Netzwerk angehören, finden Sie in Ihrem **sicheren Online-Kundenbereich**, oder Sie können sich für weitere Informationen an **unser Kundenbetreuungsteam** wenden.

**Wenn Sie das Krankenhaus, die Klinik oder den Arzt selbst bezahlt haben:**

- Reichen Sie Ihre Rechnung und Erstattungsanträge bei uns ein:
  - Online über Ihren sicheren Online-Kundenbereich;
  - oder per E-Mail, Fax oder Post (siehe Seite 13).
- Wir erstatten Ihnen die Kosten (abzüglich Ihrer Selbstbehalts- und/oder Kostenbeteiligungsoption).
- Wir bemühen uns, Ihren Antrag innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten.

Sie können Ihre Antragsformulare in Ihrem gesicherten Online-Kundenbereich oder unter [www.cignaglobal.com/help/claims](http://www.cignaglobal.com/help/claims) herunterladen.

Bitte beachten Sie, dass es Länder geben kann, in denen wir nicht in der Lage sind, einen Dienstleister direkt zu bezahlen. In diesem Fall sind Sie für die Zahlung der Behandlungskosten an Ihren Gesundheitsdienstleister verantwortlich, und Cigna Healthcare erstattet Ihnen diese.

Bitte beachten Sie, dass Cigna Healthcare nach eigenem Ermessen und ohne Vorankündigung von Zeit zu Zeit Änderungen am Cigna-Netzwerk vornehmen kann, indem es Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte und Apotheken hinzufügt und/oder entfernt.



Bevor Sie sich in *Behandlung* begeben, lesen Sie bitte die folgenden Informationen zur Vorabgenehmigung, zur Notfallbehandlung und zur *Behandlung* in den USA.



## Vorabgenehmigung

Bitte setzen Sie sich vor der *Behandlung* mit unserem Kundenbetreuungsteam in Verbindung. Für jede *Behandlung* muss eine vorherige Genehmigung eingeholt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihr Anspruch durch die *Police* gedeckt ist.

Wir bitten Sie eventuell um weitere Informationen, wie z.B. einen medizinischen Bericht, damit wir die *Behandlung* genehmigen können. Wir bestätigen die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen*.

Wenn Sie keine vorherige Genehmigung von uns erhalten, kann es zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen kommen oder wir können die Zahlung des gesamten oder eines Teils des Antrags ablehnen. Wir kürzen den Betrag, den wir zahlen werden, um:

- 50%, wenn Sie uns nicht um eine Vorabgenehmigung gebeten haben, als diese für eine *Behandlung* innerhalb der USA erforderlich war (wenn die USA zu Ihrem Geltungsbereich gehören);
- 20%, wenn Sie keine Vorabgenehmigung für eine *Behandlung* außerhalb der USA eingeholt haben.

In den meisten Fällen stellen wir einem *Begünstigten* oder einem *Krankenhaus*, einem *Arzt* oder einer *Klinik* eine *Kostenübernahmeerklärung* aus. Das bedeutet, dass wir uns im Voraus bereit erklären, die Kosten für eine bestimmte *Behandlung* ganz oder teilweise zu übernehmen. Wenn wir eine *Kostenübernahmeerklärung* gegeben haben, zahlen wir dem *Begünstigten* oder dem *Krankenhaus*, dem *Arzt* oder der *Klinik* den vereinbarten Betrag nach Erhalt eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der entsprechenden Rechnung, nachdem die *Behandlung* durchgeführt wurde.



## Notfallbehandlung

Wir sind uns bewusst, dass es manchmal nicht möglich oder praktisch ist, uns vor der *Behandlung* in einem Notfall zu kontaktieren, und dass die *Behandlung* so schnell wie möglich erfolgen muss. In solchen Fällen bitten wir Sie oder den betroffenen *Begünstigten*, sich innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt der *Behandlung* mit uns in Verbindung zu setzen. So können wir feststellen, ob Ihre *Behandlung* abgedeckt ist, und die Abrechnung mit Ihrem Gesundheitsdienstleister vornehmen.

Wir bitten Sie eventuell um weitere Informationen, wie z.B. einen medizinischen Bericht, damit wir die *Behandlung* genehmigen können. Wir bestätigen die Genehmigung und gegebenenfalls die Anzahl der genehmigten *Behandlungen*.

Wurde ein *Begünstigter* zu einem *Krankenhaus*, *Arzt* oder einer *Klinik* gebracht, das/die nicht zu unserem Netz gehört, können wir (mit Zustimmung des *Begünstigten*) Vorkehrungen treffen, um den *Begünstigten* zur Fortsetzung der *Behandlung* zu einem *Krankenhaus*, *Arzt* oder einer *Klinik* des Cigna-Netzwerks zu verlegen, sobald dies medizinisch sinnvoll ist.



## Behandlung in den USA

*Behandlungen* in den USA sind im Rahmen der *Versicherungsbedingungen* abgedeckt, wenn sie in Ihrem *Geltungsbereich* versichert sind. Wenn eine Vorabgenehmigung eingeholt wurde, der *Begünstigte* sich jedoch für eine *Behandlung* in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt* oder in einer *Klinik* entscheidet, die nicht dem Cigna-Netz angehört, kürzen wir den von uns gezahlten Betrag um 20%.

Wir sind uns bewusst, dass es in manchen Fällen nicht möglich ist, die *Behandlung* in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt* oder in einer *Klinik* des Cigna-Netztes durchführen zu lassen. In diesen Fällen werden wir keine Kürzungen auf die von uns geleisteten Zahlungen vornehmen. Beispiele hierfür sind unter anderem:

- wenn es im Umkreis von 30 Meilen/50 Kilometern um die Wohnadresse des *Begünstigten* kein *Krankenhaus*, keinen *Arzt* oder keine *Klinik* des Cigna-Netzwerks gibt; oder
- wenn die *Behandlung*, die der *Begünstigte* benötigt, in einem *Krankenhaus*, bei einem *Arzt* oder in einer *Klinik* des Cigna-Netztes vor Ort nicht verfügbar ist; oder
- wenn es sich bei der *Behandlung* um eine *Notfallbehandlung* handelt.

Für Kunden mit Wohnsitz in den USA bieten wir eine Apotheke mit Hauszustellung an, wenn Sie eine Postanschrift in den USA haben. Dieser Service kann eine praktische Option sein, wenn Sie an einer Krankheit leiden, die eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten erfordert. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

# Einreichen von Erstattungsanträgen

Wenn Sie Ihre Behandlung selbst bezahlt haben, können Sie uns Ihre Rechnung und das Antragsformular zusenden. Am einfachsten geht das über Ihren sicheren Online-Kundenbereich.

**Sie benötigen:**



Die **Rechnung** Ihres Gesundheitsdienstleisters



Ein ausgefülltes **Erstattungsformular**



Die **Quittung** über Ihre Zahlung

**Bitte geben Sie auf allen Unterlagen, die Sie bei uns einreichen, deutlich Ihre Versicherungsnummer an.**

Sie können Ihre Antragsformulare in Ihrem gesicherten Online-Kundenbereich oder unter [www.cignaglobal.com/help/claim](http://www.cignaglobal.com/help/claim) herunterladen.

## Sie können ihre anträge einreichen über:

- Ihren gesicherten Online-Kundenbereich: siehe Seite I4 für weitere Informationen
- E-Mail: [cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)

**Behandlungen außerhalb der USA**

Cigna Global Health Options, Customer Service, I Knowe Road, Greenock, Schottland PA15 4RJ

**Behandlungen innerhalb der USA**

Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, USA

## Wichtige Informationen

Sie und alle Begünstigten müssen die in diesem Kundenleitfaden dargelegten Antragsverfahren einhalten.

- Wir erstatten Ihnen die Kosten per Banküberweisung oder Scheck.
- Es kann sein, dass wir zusätzliche Informationen benötigen, um einen Antrag bearbeiten zu können, z.B. medizinische Berichte oder andere Informationen über die Erkrankung des Begünstigten oder die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchung, die wir bezahlen sollen.
- Die Begünstigten sollten die Antragsformulare und Rechnungen so bald wie möglich nach einer Behandlung einreichen. Wenn der Antrag und die Rechnung nicht innerhalb von 12 Monaten nach der Behandlung bei uns eingereicht werden, besteht kein Anspruch auf Zahlung oder Erstattung durch uns.

**Vorbehaltlich der Bedingungen dieses Vertrags übernehmen wir die folgenden Kosten im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag:**

- Kosten, die im Abschnitt „Leistungen im Überblick“ dieses Kundenleitfadens beschrieben sind und am Tag/anden Tagen der Behandlung des Begünstigten anfallen.
- Kosten für bereits durchgeführte Behandlungen; wir übernehmen jedoch keine Kosten für zukünftige Behandlungen, für die eine Anzahlung oder Vorauszahlung erforderlich ist.
- Behandlungen, die medizinisch notwendig und klinisch angemessen für den Begünstigten sind.
- Angemessene und übliche Kosten für Behandlungen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Behandlungen, die in der Leistungsübersicht aufgeführt sind. Wir übernehmen die Kosten für diese Behandlungen in Übereinstimmung mit den angemessenen Gebühren am Ort der Behandlung und gemäß der gängigen klinischen und medizinischen Praxis.
- Wenn Sie eine Teilerstattungsgrenze oder die jährliche Gesamterstattungsgrenze überschreiten, fordern wir von Ihnen die Erstattung der Kosten, bei denen Sie Ihre Grenze überschritten haben.

# Ihr Online-Kundenbereich

Als ein Kunde von Cigna Close Care<sup>SM</sup> haben Sie über Ihren sicheren Online-Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen, ganz gleich, wo auf der Welt Sie sich befinden.

Um auf Ihren sicheren Online-Kundenbereich zuzugreifen, gehen Sie bitte auf [www.cignaglobal.com](http://www.cignaglobal.com) und:



Klicken Sie auf die, **Mitglieder-Login'-Schaltfläche** oben rechts auf der Seite.



Wählen Sie **Global Individual Versicherung** aus der Liste und klicken Sie auf die Schaltfläche, **Login**'.



Geben Sie die **E-Mail-Adresse**, die Sie **uns** mitgeteilt haben, und dann **Ihr** Passwort ein.

Sollten Sie Probleme beim Zugriff auf den Kundenbereich haben, wenden Sie sich bitte an unsere Kundenbetreuung.



## Verwalten sie ihren vertrag

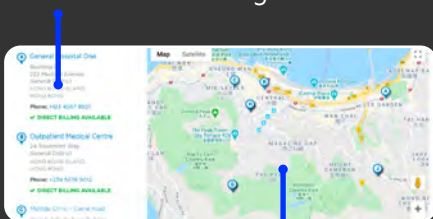
Ihr sicherer Online-Kundenbereich ist der einfachste Weg für Sie, Ihren Vertrag zu verwalten und auf alle Informationen zu Ihrem Versicherungsplan zuzugreifen. Hier können Sie:

- Ihre **Versicherungsunterlagen** einsehen, einschließlich Ihres **Versicherungsscheins**, sowie die **Cigna-Mitgliedskarten** für alle **Begünstigten**;
- alle besonderen **Ausschlüsse**, die für Ihren Vertrag gelten, einsehen;
- die in Ihrem Plan enthaltenen **Leistungen** einsehen;
- eine **Übersicht** über Ihre **Beitragszahlungen** einsehen;
- die **gesamte Korrespondenz** mit uns einsehen;
- auf einfache Weise Ihre **Anträge** einreichen und den Status Ihrer Anträge verfolgen;
- Ihre **Angaben** bei Bedarf aktualisieren.

## Zugang zur versorgung

Mit **unserem** Suchtool können Sie auf einfache Weise **Gesundheitsdienstleister** in Ihrer Nähe finden. Sie können Ihre Suche nach **medizinischem Fachgebiet**, **Art der Einrichtung** oder **medizinischem Fachpersonal** verfeinern.

Eine übersichtliche Liste von Dienstleistern mit direkter Abrechnung.



Eine übersichtliche Karte zeigt, wo Sie sich im Verhältnis zu den Dienstleistern befinden

## Kontakt

In Ihrem sicheren Online-Kundenbereich stehen Ihnen auch bequeme Methoden zur Verfügung, um mit uns in Kontakt zu treten, z.B. per Live-Chat, per Direktnachricht an uns oder indem Sie uns eine für Sie günstige Zeit mitteilen, zu der wir Sie zurückrufen werden.



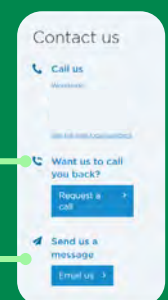
**Live-Chat**



**Einen Rückruf anfordern**



**Nachricht an uns**





# So funktionieren Selbstbehalt und Kostenbeteiligung?

Unser breites Angebot an Selbstbehalts- und Kostenbeteiligungsoptionen ermöglicht es Ihnen, Ihren Versicherungsplan an Ihr Budget anzupassen. Sie können sich für einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung an Ihren Basisleistungen und/oder dem optionalen Modul ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ entscheiden.

Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung wählen, ist Ihre Prämie niedriger, als sie es sonst wäre.

- **Selbstbehalt** - Dies ist der Betrag, den Sie für Ihre Behandlung zahlen müssen, bis der Selbstbehaltsbetrag für den Versicherungszeitraum erreicht ist.
- **Kostenbeteiligung** - Dies ist der prozentuale Anteil, den Sie an Ihren Behandlungskosten selbst tragen müssen. Dieser Betrag gilt, sobald der Selbstbehalt (falls ausgewählt) berechnet wurde.
- **Zuzahlungshöchstbetrag** - Dies ist der maximale Betrag der Kostenbeteiligung, den Sie pro Versicherungszeitraum zahlen müssen. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung zahlen, werden durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckelt.

Wenn Sie einen Selbstbehalt und/oder eine Kostenbeteiligung gewählt haben, zeigen die folgenden Beispiele, wie es funktioniert.

## Beispiel 1:

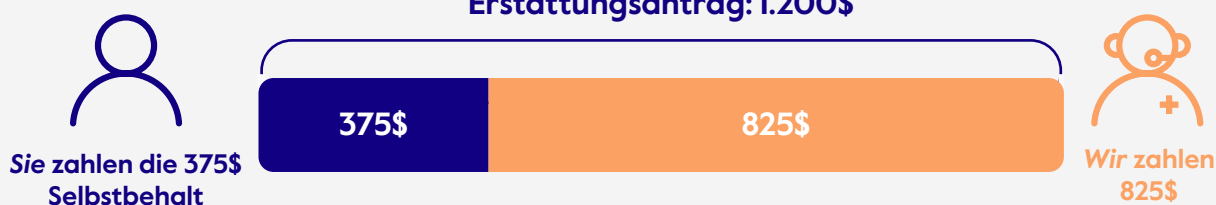
### Wie der **selbstbehalt** funktioniert

Antragswert: **1.200\$**

Selbstbehalt: **375\$**

Sobald der Selbstbehalt erreicht ist, übernehmen wir alle weiteren Behandlungskosten für diesen Versicherungszeitraum.

In diesem Beispiel ist der Selbstbehalt für diesen Versicherungszeitraum erreicht.



## Beispiel 2:

### Wie die **kostenbeteiligung** funktioniert

Antragswert: **5.000\$**

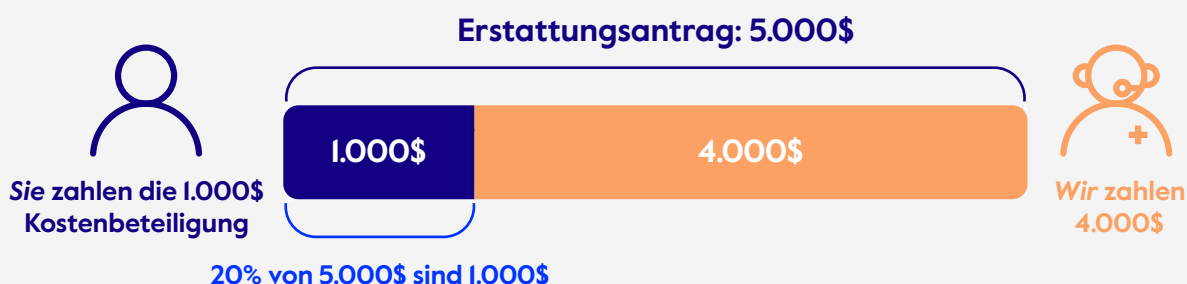
Selbstbehalt: **0\$**

Kostenbeteiligung: **20% = 1.000\$**

Zuzahlungshöchstbetrag: **2.000\$**

Der Betrag der Kostenbeteiligung wird durch den Zuzahlungshöchstbetrag gedeckelt.

In diesem Beispiel wurden 1.000\$ auf den Höchstbetrag von 2.000\$ für diesen Versicherungszeitraum angerechnet.



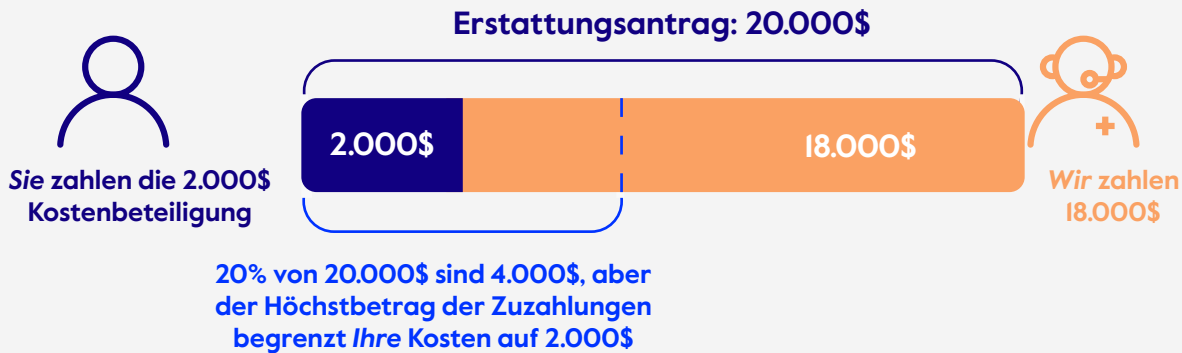
### Beispiel 3:

#### Wie die **kostenbeteiligung** und die **zuzahlungshöchstgrenze** funktionieren

Antragswert: **20.000\$**  
Selbstbehalt: **0\$**  
Kostenbeteiligung: **20% = 4.000\$**  
Zuzahlungshöchstbetrag: **2.000\$**

Der Zuzahlungshöchstbetrag schützt Sie vor hohen Kostenbeteiligungsbeträgen.

In diesem Beispiel haben Sie Ihren Zuzahlungshöchstbetrag ausgeschöpft und wir übernehmen den Restbetrag für diesen Versicherungszeitraum.



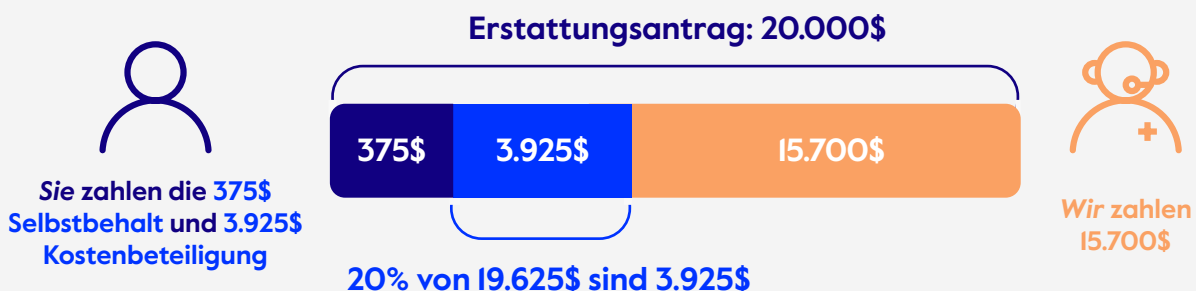
### Beispiel 4:

#### Wie **selbstbehalt** und **kostenbeteiligung** funktionieren, wenn sie beides gewählt haben

Antragswert: **20.000\$**  
Selbstbehalt: **375\$**  
Kostenbeteiligung: **20% = 3.925\$**  
Zuzahlungshöchstbetrag: **5.000\$**

Der Selbstbehalt ist fällig, bevor die Kostenbeteiligung berechnet wird.

In diesem Beispiel wird Ihr Selbstbehalt von 375\$ zuerst von den Behandlungskosten abgezogen und dann wird die Kostenbeteiligung von 20 % berechnet. 3.925\$ wurden für diesen Versicherungszeitraum auf den Zuzahlungshöchstbetrag von 5.000\$ angerechnet.



### Wichtige Informationen

- Sie sind dafür verantwortlich, den Betrag des Selbstbehalts und der Kostenbeteiligung direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Arzt oder die Apotheke zu zahlen.
- Der Selbstbehalt, die Kostenbeteiligung und der Zuzahlungshöchstbetrag werden für jeden Begünstigten und jeden Versicherungszeitraum separat festgelegt.
- Wenn Sie sowohl einen Selbstbehalt als auch eine Kostenbeteiligung wählen, wird der Betrag, den Sie aufgrund des Selbstbehalts zu zahlen haben, vor dem Betrag berechnet, den Sie aufgrund der Kostenbeteiligung zu zahlen haben.
- Sie können jedes Jahr eine Änderung des Selbstbehalts und/oder der Kostenbeteiligung und des Zuzahlungshöchstbetrags mit Wirkung zum jährlichen Verlängerungsdatum Ihres Vertrags beantragen. Wenn Sie den Selbstbehalt, die Kostenbeteiligung oder den Zuzahlungshöchstbetrag für Ihren Versicherungsschutz aufheben oder reduzieren möchten, müssen Sie uns möglicherweise detailliertere medizinische Informationen zur Verfügung stellen (einschließlich medizinischer Informationen von Begünstigten, falls zutreffend), und wir können auf der Grundlage der von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen neue spezielle Einschränkungen oder Ausschlüsse anwenden.
- Sie können sich den von Ihnen gewählten Selbstbehalt oder Kostenbeteiligung in Erinnerung rufen, indem Sie Ihren Versicherungsschein einsehen, der in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich verfügbar ist.

# Ihre Basisleistungen

Ihre Basisleistungen werden in der nachstehenden Tabelle aufgeführt. Dabei handelt es sich um Ihren grundlegenden Versicherungsschutz für *stationäre, teilstationäre* und *Unterbringungskosten* sowie für *Krebserkrankungen*, *psychische Gesundheitsversorgung* und vieles mehr. Alle Beträge gelten pro *Begünstigtem* und *Versicherungszeitraum* (sofern nicht anders angegeben).

## Stationäre und Teilstationäre Leistungen

Geltungsbereich
<ul style="list-style-type: none"><li>• Der <i>Geltungsbereich</i> Ihrer Versicherung ist auf das <i>Land Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes</i> und das <i>Land Ihrer Staatsangehörigkeit</i> beschränkt.</li><li>• Der Versicherungsschutz für die <i>USA</i> ist eingeschlossen, wenn das <i>Land des gewöhnlichen Wohnsitzes</i> die <i>USA</i> sind.</li><li>• Staatsangehörige der <i>USA</i> können sich für den Abschluss einer <i>USA-Deckung</i> entscheiden (wenn sich der <i>Versicherungsnehmer</i> nicht für den Abschluss einer <i>USA-Deckung</i> entscheidet, haben die <i>Begünstigten</i> keinen Versicherungsschutz bei Heimatbesuchen).</li><li>• Der <i>Geltungsbereich USA</i> ist nicht zulässig, wenn eine der oben genannten Optionen nicht zutrifft.</li></ul>

### IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.	
Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Bereichen der <i>stationären</i> und <i>teilstationären Leistungen</i> gezahlt werden.	500.000\$ 400.000€ 325.000€

Leistungsgrenze bei Erkrankung	
Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i> .	250.000\$ 200.000€ 165.000€
<p>Dies ist der jährliche Betrag, den <i>wir</i> für alle <i>Behandlungskosten</i> nach der Diagnose einer <i>Erkrankung</i> zahlen. Dies umfasst alle Erstattungsanträge, die im Zusammenhang mit der <i>Grunderkrankung stationär, teilstationär</i> und <i>ambulant</i> gezahlt werden. Dieser Betrag gilt für jeden <i>Begünstigten</i> pro <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Wir</i> zahlen nur bis zu dem in der <i>Leistungsübersicht</i> genannten Höchstbetrag pro <i>Versicherungszeitraum</i>.</li><li>• Die Kosten umfassen keine <i>Evakuierungs-</i> oder <i>Rücktransportleistungen</i>.</li><li>• Alle weiteren Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der <i>Erkrankung</i> stehen und die <i>Leistungsgrenze</i> überschreiten, werden von <i>uns</i> nicht übernommen.</li><li>• Bei der Feststellung, wann diese Grenze erreicht ist, berücksichtigt und überprüft <i>unser medizinisches Team</i> alle relevanten medizinischen <i>Behandlungen</i> und <i>Pflegeleistungen</i>.</li><li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>ambulante Behandlungen</i> nur, wenn Sie die Option, <i>Ambulante und Wellness-Behandlungen</i> gewählt haben, mit Ausnahme bestimmter <i>Leistungen</i>, die <i>ambulante Behandlungen</i> als Teil Ihrer <i>Basisleistungen</i> einschließen.</li></ul>	



<p><b>Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>40.000\$</b> <b>29.600€</b> <b>26.600€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stationäre, teilstationäre</i> und <i>ambulante</i> medizinische Notfallbehandlung während vorübergehender Reisen außerhalb des Landes Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes oder des Landes Ihrer Staatsangehörigkeit.</li> <li>• Diese Leistung ist auf 21 Tage pro Reise und maximal 45 Tage für alle Reisen zusammen pro <i>Versicherungsjahr</i> begrenzt.</li> <li>• Im Notfall sind <i>ambulante Behandlungen</i> bis zu einer Höhe von 2.500\$/1.850€/1.650€ versichert. Diese <i>Leistung</i> ist nur verfügbar, wenn Sie das optionale Modul ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ gewählt haben. Die Bedingungen für diese Gesamtleistungsgrenze entnehmen Sie bitte der Klausel 8.3 der Versicherungsbedingungen.</li> </ul>	

<p><b>Krankenhauskosten für:</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenübernahme für ein Zweibettzimmer</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für Pflege und Unterbringung eines <i>Begünstigten</i> während einer <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> Behandlung; oder die Kosten für ein <i>Behandlungszimmer</i> während einer <i>ambulanten</i> Operation des <i>Begünstigten</i>, sofern ein solches erforderlich ist.</li> <li>• Wir übernehmen diese Kosten nur, wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• es <i>medizinisch notwendig</i> ist, dass der <i>Begünstigte</i> <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird;</li> <li>• die Dauer des Aufenthalts im <i>Krankenhaus</i> <i>medizinisch angemessen</i> ist;</li> <li>• die <i>Behandlung</i> von einem Facharzt durchgeführt oder geleitet wird; und</li> <li>• er in einem Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad untergebracht ist.</li> </ul> </li> <li>• Wenn die Gebühren eines <i>Krankenhauses</i> je nach Art des Zimmers, in dem der <i>Begünstigte</i> untergebracht ist, variieren, zahlen wir maximal den Betrag, der berechnet worden wäre, wenn der <i>Begünstigte</i> in einem Standard-Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad oder einem gleichwertigen Zimmer untergebracht gewesen wäre.</li> <li>• Entscheidet der behandelnde <i>Arzt</i>, dass der <i>Begünstigte</i> länger im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss, als wir im Voraus genehmigt haben, oder entscheidet er, dass der <i>Begünstigte</i> eine andere <i>Behandlung</i> benötigt als die, die wir im Voraus genehmigt haben, so muss der <i>Arzt uns</i> einen Bericht vorlegen, in dem er erläutert, wie lange der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss, welche Diagnose er gestellt hat (falls sich diese geändert hat) und welche <i>Behandlung</i> der <i>Begünstigte</i> erhalten hat und erhalten muss.</li> </ul>	

<p><b>Krankenhauskosten für:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationssaal.</li> <li>• verordnete Medikamente, Arzneimittel und Verbandmaterial nur bei <i>stationärer</i> oder <i>teilstationärer</i> Behandlung.</li> <li>• <i>Behandlungsraumgebühren</i> bei <i>ambulanten</i> Operationen.</li> </ul> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenübernahme</b></p>
<p>Kosten für den Operationssaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen alle Kosten und Gebühren im Zusammenhang mit der Nutzung eines Operationssaals, wenn die <i>Behandlung</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> abgedeckt ist.</li> </ul> <p>Medikamente, Arzneimittel und Verbandmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir zahlen für Arzneimittel, Medikamente und Verbandmittel, die dem <i>Begünstigten</i> während einer <i>stationären</i> oder <i>teilstationären</i> Behandlung verschrieben werden.</li> <li>• Für Medikamente, Arznei- und Verbandmittel, die für die häusliche Anwendung verschrieben werden, gelten die Höchstbeträge für verordnete Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der <i>Leistung</i> ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ (es sei denn, sie werden im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i> verschrieben).</li> </ul>	

<p><b>Pandemien, Epidemien und Ausbrüche von Infektionskrankheiten</b> Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für <i>medizinisch notwendige Behandlungen</i> von Krankheiten, die auf eine Pandemie, Epidemie oder den Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind.</li> <li>• Die <i>medizinisch notwendige Behandlung</i> und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden sowohl <i>stationär</i> als auch <i>teilstationär</i> übernommen. Wir übernehmen die Kosten für <i>ambulante Behandlungen</i> nur, wenn der <i>Begünstigte</i> im Rahmen der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ versichert ist.</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für <i>medizinisch notwendige ambulante Tests</i> zur Erkennung von Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der <i>ambulanten Leistung</i> für Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests in Übereinstimmung mit der <i>Vertragsdeckung</i> für Diagnostik bei anderen Krankheiten.</li> </ul>	

<p><b>Krankenhaustagegeld</b> Pro Nacht bis zu 30 Tage pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>100\$ 75€ 65£</b></p>
<p>Wir leisten eine Barzahlung direkt an den <i>Begünstigten</i>, wenn dieser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine <i>Behandlung</i> in einem <i>Krankenhaus</i> erhält, die durch diesen Plan abgedeckt ist;</li> <li>• über Nacht in einem <i>Krankenhaus</i> bleiben muss; und</li> <li>• das <i>Krankenhaus</i> keine Gebühren für Zimmer, Verpflegung und <i>Behandlung</i> gegenüber dem <i>Begünstigten</i>, einer Versicherungsgesellschaft und/oder einer örtlichen staatlichen Behörde erhebt.</li> </ul>	

<p><b>Intensivpflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivtherapie.</li> <li>• Koronarpflege.</li> <li>• Schwerstpflegestation.</li> </ul> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung eines <i>Begünstigten</i> in einer Einrichtung für <i>Intensivpflege</i>, Intensivtherapie, Koronarpflege oder Schwerstpflege, wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diese Einrichtung der am besten geeignete Ort für die <i>Behandlung</i> ist;</li> <li>• die Pflege in dieser Einrichtung ein wesentlicher Bestandteil der <i>Behandlung</i> ist; und</li> <li>• die <i>Behandlung</i> in dieser Einrichtung routinemäßig von Patienten in Anspruch genommen wird, die an der gleichen Art von Krankheit oder <i>Verletzung</i> leiden oder die die gleiche Art von <i>Behandlung</i> erhalten.</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Honorare für Chirurgen und Anästhesisten</b> Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen bei <i>stationären, teilstationären</i> oder <i>ambulanten Behandlungen</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die <i>Operationskosten</i> für Chirurgen und Anästhesisten; und</li> <li>• Honorare von Chirurgen und Anästhesisten für <i>Behandlungen</i>, die unmittelbar vor oder nach der <i>Operation</i> (d.h. am Tag der <i>Operation</i>) erforderlich sind.</li> </ul> </li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für <i>ambulante Behandlungen</i> vor oder nach einer <i>Operation</i> nur dann, wenn der <i>Begünstigte</i> über die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ versichert ist (es sei denn, die <i>Behandlung</i> erfolgt im Rahmen einer <i>Krebsbehandlung</i>).</li> </ul>	

<p><b>Facharzthonorare</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für regelmäßige Besuche eines Facharztes während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i>, einschließlich der <i>Intensivpflege</i> durch einen Facharzt, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist.</li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die Konsultation eines Facharztes während eines <i>Krankenhausaufenthalts</i>, bei dem der <i>Begünstigte</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird;</li> <li>• sich einer <i>Operation</i> unterzieht; oder</li> <li>• wenn die Konsultation <i>medizinisch notwendig</i> ist.</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Nierendialyse</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>5.000\$ 3.700€ 3.325€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kosten für eine Nierendialysebehandlung werden übernommen, wenn eine solche <i>Behandlung</i> im <i>Land des gewöhnlichen Wohnsitzes</i> des <i>Begünstigten</i> möglich ist. Wir übernehmen die Kosten für eine <i>stationäre, teilstationäre</i> oder <i>ambulante</i> Behandlung.</li> <li>• Wir übernehmen keine Kosten für Nierendialysebehandlungen <i>außerhalb des Geltungsbereichs</i> des <i>Begünstigten</i>, es sei denn, sie sind im Rahmen der <i>Leistung</i> ‚Medizinische Notfallbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs‘ abgedeckt.</li> </ul>	

<p><b>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer Fortgeschrittene Medizinische Bildgebung)</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn die Untersuchungen <i>stationär</i> oder <i>teilstationär</i> durchgeführt werden.</li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blut- und Urinuntersuchungen;</li> <li>• Röntgenaufnahmen;</li> <li>• Ultraschall-Untersuchungen;</li> <li>• Elektrokardiogramme (EKG); und</li> <li>• andere <i>diagnostische Tests</i>;</li> </ul> wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem Facharzt im Rahmen eines <i>stationären</i> oder <i>teilstationären Krankenhausaufenthalts</i> des <i>Begünstigten</i> empfohlen werden. </li> </ul>	

<p><b>Fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans)</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>2.500\$ 1.850€ 1.650€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie von einem Facharzt im Rahmen der <i>stationären, teilstationären</i> oder <i>ambulanten Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magnetresonanztomographie (MRT);</li> <li>• Computertomografie (CT); und/oder</li> <li>• Positronen-Emissions-Tomographie (PET);</li> </ul> </li> <li>• Wir können vor einer Magnetresonanztomographie (MRT) einen ärztlichen Bericht verlangen.</li> </ul>	

<p><b>Physiotherapie und ergänzende Therapien</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>2.000\$ 1.480€ 1.330€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn die <i>Behandlung stationär</i> oder <i>teilstationär</i> durchgeführt wird.</li> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>Behandlungen</i> durch <i>Physiotherapeuten</i> und <i>Komplementärtherapeuten</i>; (Akupunkteure und Praktiker der chinesischen Medizin), wenn diese Therapien von einem Facharzt im Rahmen eines <i>stationären</i> oder <i>teilstationären Krankenhausaufenthaltes</i> des <i>Begünstigten</i> empfohlen werden (aber nicht die <i>Hauptbehandlung</i> darstellen, für die er sich im <i>Krankenhaus</i> befindet). Der Akupunkteur und der Fachmann der Chinesischen Medizin müssen entsprechend qualifiziertes Fachpersonal sein, das die entsprechende Lizenz in dem Land besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird.</li> </ul>	

<p><b>Rehabilitation</b></p> <p>Bis zu 30 Tage und der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>2.000\$ 1.480€ 1.330€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>Rehabilitationsbehandlungen</i> (Physio-, Ergo- und Sprachtherapien), die von einem Facharzt empfohlen werden und nach einem traumatischen Ereignis wie einem Schlaganfall oder einer <i>Verletzung</i> der Wirbelsäule <i>medizinisch notwendig</i> sind.</li> <li>• Wenn die <i>Rehabilitationsbehandlung</i> in einem <i>stationären Rehabilitationszentrum</i> erforderlich ist, übernehmen <i>wir</i> die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für bis zu 30 Tage für jede einzelne <i>Erkrankung</i>, die eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> erfordert. Um festzustellen, wann die 30-Tage-Grenze erreicht ist, zählen <i>wir</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• jede Übernachtung, während der ein <i>Begünstigter</i> eine <i>stationäre Behandlung</i> erhält, als 1 Tag; und</li> <li>• jeden Tag, an dem ein <i>Begünstigter</i> eine <i>ambulante</i> und <i>teilstationäre Behandlung</i> erhält, als 1 Tag.</li> </ul> </li> <li>• Vorbehaltlich einer vorherigen Genehmigung vor Beginn der <i>Behandlung</i> zahlen <i>wir</i> für <i>Rehabilitationsbehandlungen</i>, die länger als 30 Tage dauern, wenn eine weitere <i>Behandlung medizinisch notwendig</i> ist und vom behandelnden Facharzt empfohlen wird.</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> nur dann, wenn sie nach oder infolge einer <i>Behandlung</i> erforderlich ist, die durch diesen <i>Vertrag</i> abgedeckt ist, und wenn sie innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung der ursprünglichen <i>Behandlung</i> beginnt.</li> <li>• Jede <i>Rehabilitationsbehandlung</i> muss von <i>uns</i> in im Voraus genehmigt werden. <i>Wir</i> genehmigen eine <i>Rehabilitationsbehandlung</i> nur, wenn der behandelnde Facharzt <i>uns</i> einen Bericht vorlegt, in dem Folgendes erläutert wird: <ol style="list-style-type: none"> <li>i) wie lange der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> bleiben muss;</li> <li>ii) die <i>Diagnose</i>; und</li> <li>iii) die <i>Behandlung</i>, die der <i>Begünstigte</i> bereits erhalten hat oder noch erhalten muss.</li> </ol> </li> </ul>	



<p><b>Psychische Gesundheitsversorgung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <p>Bis zu 60 Tage (<i>stationäre</i> und <i>ambulante Behandlung</i> zusammen).</p> <p>Bis zu 30 Tage (nur <i>stationär</i>).</p>	<p><b>3.000\$</b> <b>2.200€</b> <b>2.000€</b></p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Evidenzbasierte</i> und <i>medizinisch notwendige Behandlung</i>, die von einem <i>Arzt</i> empfohlen wird.</li> <li>• <i>Stationäre, teilstationäre</i> oder <i>ambulante Behandlung</i>, die von einem <i>Psychologen</i> und/oder <i>Psychiater</i> durchgeführt wird, der nach den Gesetzen des betreffenden Landes als solcher zugelassen ist.</li> <li>• Insgesamt bis zu 60 Tage für <i>stationäre</i> und <i>ambulante</i> psychologische/psychiatrische Behandlungen</li> <li>• Insgesamt bis zu 30 Tage für <i>stationäre</i> psychologische/psychiatrische Behandlungen</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <p>Wir zahlen nicht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzieherische Maßnahmen, Sprachtherapie und Hilfsmittel zur Sprachförderung.</li> <li>• Verschreibungspflichtige Arzneimittel oder <i>ambulant</i> verordnete Medikamente für eine dieser Erkrankungen, es sei denn, Sie haben die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgeschlossen.</li> <li>• Für alle <i>stationären, teilstationären</i> und <i>ambulanten Behandlungen</i> ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.</li> <li>• Die <i>Behandlung</i> und <i>Diagnose</i> von Suchtkrankheiten (einschließlich <i>Alkoholismus</i>) oder auf <i>Suchtbehandlungen</i> spezialisierte Einrichtungen.</li> </ul>	
<p><b>Krebsbehandlung</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach einer <i>Krebsdiagnose</i> übernehmen <i>wir</i> die Kosten für die <i>Behandlung</i> von <i>Krebs</i>, wenn die <i>Behandlung</i> von <i>uns</i> als <i>aktive</i> und <i>evidenzbasierte Behandlung</i> angesehen wird. Dazu gehören <i>Chemotherapie</i>, <i>Strahlentherapie</i>, <i>Onkologie</i>, <i>diagnostische Tests</i> und <i>Arzneimittel</i>, unabhängig davon, ob der <i>Begünstigte</i> über Nacht in einem <i>Krankenhaus</i> bleibt oder <i>ambulant</i> oder <i>teilstationär</i> behandelt wird.</li> <li>• <i>Wir</i> zahlen nicht für genetische <i>Krebsvorsorgeuntersuchungen</i>.</li> </ul>	
<p><b>Krebsbedingte Hilfsmittel</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Lebenszeit</i> für <i>krebsbedingte Hilfsmittel</i>.</p>	<p><b>125\$</b> <b>100€</b> <b>85€</b></p>
<p>Wenn ein <i>Begünstigter</i> eine <i>Krebsdiagnose</i> erhält, zahlen <i>wir</i> für den Kauf von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Perücken / Stirnbänder</i> für <i>Krebspatient*innen</i></li> <li>• <i>Mastektomie-BHs</i> für <i>Krebspatientinnen</i></li> </ul>	

<p><b>Hospiz- und Palliativversorgung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Höchstgrenze auf Lebenszeit.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650€</p>
<p>Wir übernehmen die Kosten für die Palliativpflege, wenn ein <i>Begünstigter</i> eine unheilbare Diagnose erhält und seine Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt und keine wirksame <i>Behandlung</i> zur Verfügung steht, die seine Genesung unterstützt.</p> <p>Wir übernehmen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häusliche Pflege;</li> <li>• <i>Stationäre</i> und <i>teilstationäre Krankenhaus-</i> oder Hospizversorgung und -unterbringung;</li> <li>• verordnete Medikamente; und</li> <li>• physische und psychologische Betreuung.</li> </ul>	

<p><b>Interne Prothesen</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für interne <i>Prothesen</i>, die im Rahmen der <i>Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> erforderlich sind.</li> <li>• Eine <i>Prothese</i> ist: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein künstliches Glied, ein Ersatzstück oder ein Gerät, das zum Zweck einer <i>Operation</i> oder in Verbindung mit einer solchen erforderlich ist;</li> <li>• eine künstliche Vorrichtung oder ein Ersatzstück, die/das ein notwendiger Bestandteil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach einer <i>Operation</i> ist, solange dies <i>medizinisch notwendig</i> ist; oder</li> <li>• ein Ersatzstück oder ein Hilfsmittel, das <i>medizinisch notwendig</i> ist und <i>kurzfristig</i> Teil des Genesungsprozesses ist.</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Externe Prothesen</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>2.500\$ 1.850€ 1.650€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für externe <i>Prothesen</i>, die als Teil der <i>Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> erforderlich sind (vorbehaltlich der unten aufgeführten Einschränkungen).</li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine <i>Prothese</i> oder ein Hilfsmittel, die bzw. das ein notwendiger Bestandteil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach einer <i>Operation</i> ist, und zwar so lange, wie es <i>medizinisch notwendig</i> ist; oder</li> <li>• eine <i>Prothese</i> oder ein Hilfsmittel, die bzw. das <i>medizinisch notwendig</i> ist und <i>kurzfristig</i> Teil des Heilungsprozesses ist.</li> </ul> </li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für eine erste externe Prothese für <i>Begünstigte</i> ab 18 Jahren pro <i>Versicherungszeitraum</i>. Wir übernehmen keine Kosten für Ersatzprothesen für <i>Begünstigte</i> ab 18 Jahren.</li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für eine erste externe Prothese und bis zu 2 Ersatzprothesen für <i>Begünstigte</i> unter 18 Jahren pro <i>Versicherungszeitraum</i>.</li> <li>• Unter einer externen <i>Prothese</i> verstehen wir ein externes künstliches Körperteil, wie z.B. eine Gliedmaßen- oder Handprothese, die als Teil der <i>Behandlung</i> unmittelbar nach der <i>Operation</i> des <i>Begünstigten</i> oder als Teil des Genesungsprozesses <i>kurzfristig medizinisch notwendig</i> ist.</li> </ul>	

<p><b>Lokaler Krankentransport</b></p> <p>Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn es <i>medizinisch notwendig</i> ist, übernehmen wir die Kosten für einen örtlichen Krankenwagen für den Transport eines <i>Begünstigten</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vom Ort eines Unfalls oder einer <i>Verletzung</i> in ein <i>Krankenhaus</i>;</li> <li>• von einem <i>Krankenhaus</i> in ein anderes; oder</li> <li>• von zu Hause in ein <i>Krankenhaus</i>.</li> </ul> </li> <li>• Wir zahlen nur dann für einen örtlichen Krankenwagen, wenn dieser für eine <i>medizinisch notwendige Behandlung</i> eingesetzt wird, die der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> erhalten muss.</li> <li>• Dieser <i>Vertrag</i> bietet keinen Versicherungsschutz für Bergrettungsdienste.</li> <li>• Die Kosten für eine medizinische Evakuierung oder einen Rücktransport sind nicht gedeckt.</li> </ul>	
<p><b>Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>2.500\$</b> <b>1.850€</b> <b>1.650€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für eine <i>zahnärztliche Behandlung</i> im <i>Krankenhaus</i> nach einem schweren Unfall, sofern die nachstehenden Bedingungen erfüllt sind.</li> <li>• Wir übernehmen die Kosten für eine <i>zahnärztliche Notfallbehandlung</i>, die ein <i>Begünstigter</i> während eines <i>stationären</i> Aufenthalts in einem <i>Krankenhaus</i> benötigt, wenn diese <i>stationäre zahnmedizinische Notfallbehandlung</i> vom behandelnden Arzt aufgrund eines <i>zahnmedizinischen Notfalls</i> empfohlen wird (aber nicht die <i>Hauptbehandlung</i> ist, für die sich der <i>Begünstigte</i> im <i>Krankenhaus</i> befindet).</li> <li>• Diese Leistung wird anstelle aller anderen zahnärztlichen Leistungen gezahlt, auf die der <i>Begünstigte</i> unter diesen Umständen Anspruch hat.</li> </ul>	

## Globale Telemedizin mit Teladoc

Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro *Begünstigtem* und *Versicherungszeitraum*.

### Unbegrenzte Beratungen

Sie haben bei nicht dringenden Gesundheitsfragen Zugang zu unbegrenzten Beratungen durch einen Arzt per Video und Telefon über die Cigna Wellbeing™ App oder über eine Überweisung durch *unser* Kundenbetreuungsteam.

Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:

- Diagnosestellung bei nicht notfallbedingten Gesundheitsproblemen – von akuten bis hin zu komplexen chronischen Erkrankungen
- Behandlung gesundheitlicher Beschwerden wie Fieber, Hautausschlag und Schmerzen
- Pädiatrische Versorgung in nicht dringenden Fällen
- Vorbereitung auf bevorstehende Arzttermine
- Erörterung von Medikationsplänen und möglichen Nebenwirkungen
- Verordnungen bei allgemeinen gesundheitlichen Problemen, sofern medizinisch indiziert und zulässig

Bei Bedarf können In-App-Überweisungen an verfügbare Telemedizin-Fachärzte von Teladoc vorgenommen werden.

Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:

- Dermatologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie

Allgemeinärzte können innerhalb von fünf Tagen nach der ersten Konsultation einen Termin bei einem Telemedizin-Facharzt vereinbaren.

#### Wichtige Hinweise

- Ein erster Termin bei einem Arzt kann in der Regel für denselben Tag angesetzt werden, je nach Verfügbarkeit der Sprache.
- Die Verschreibung von Medikamenten ist nur dann zulässig, wenn der *Arzt* in dem Staat oder Land, in dem die Versicherung abgeschlossen wurde, zur Verschreibung von Medikamenten zugelassen ist. *Sie* müssen das optionale Modul ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgeschlossen haben, um die Leistung für *ambulant* verschriebene Medikamente und Verbandmittel in Anspruch nehmen zu können.
- Wenn *Sie* einen Selbstbehalt oder eine Kostenbeteiligung für *ambulante Behandlungen* gewählt haben, müssen *Sie* diese zahlen, wenn *Ihnen* Medikamente verschrieben werden.



## Krankentransport

50.000\$

37.000€

33.250€

Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum, wenn die vom *Anspruchsberechtigten* benötigte *Behandlung* vor Ort nicht erhältlich ist.

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* eine *Notfallbehandlung* benötigt, übernehmen *wir* die Kosten für den Krankentransport:

- um ihn zum nächstgelegenen *Krankenhaus* zu bringen, in dem die notwendige *Behandlung* verfügbar ist (auch wenn dieses in einem anderen Teil des Landes oder in einem anderen Land liegt) und
- um ihn an den Ort zurückzubringen, von dem er evakuiert wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner *Behandlung* statt.

Bezüglich der Rückreise zahlen *wir*:

- den Preis eines Flugtickets der Economy Class oder
- angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.

*Wir* kommen für Taxifahrten nur auf, wenn:

- es aus *medizinischer* Sicht für den *Anspruchsberechtigten* vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und
- die Genehmigung im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* erlangt wird.

*Wir* zahlen für die Evakuierung (jedoch nicht für die Rückführung), wenn der *Anspruchsberechtigte* diagnostische Tests oder eine Krebsbehandlung (wie Chemotherapie) benötigt, sofern die Evakuierung nach Ansicht *unseres medizinischen Assistenzdienstes* unter den Umständen angemessen und medizinisch *notwendig ist*.

*Wir* übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Evakuierung (zum Beispiel Unterbringungskosten).

### Wichtiger Hinweis:

- Wenn *Sie* für eine Nachbehandlung in das *Krankenhaus* zurückkehren müssen, in das *Sie* evakuiert wurden, kommen *wir* nicht für Reise oder *Verpflegung* auf.
- Für den Fall, dass Evakuierungs-/Rückholdienste nicht von uns organisiert werden, behalten *wir* uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.

<b>Medizinische Rückführung</b>	<b>100.000\$</b> <b>74.000€</b> <b>66.500£</b>
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> aufgrund einer schweren Krankheit oder nach einem traumatischen Ereignis oder einer Operation eine medizinische Rückführung benötigt, bezahlen wir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für seine Rückkehr in sein <i>Aufenthaltsland</i> oder <i>das Land seiner Staatsangehörigkeit</i> und</li> <li>• für seine Rückkehr an den Ort, an dem er abgeholt wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner <i>Behandlung</i> statt.</li> </ul> <p>Die oben genannte Reise muss im Voraus von <i>unserem medizinischen Assistenzdienst</i> genehmigt werden, und um Zweifel auszuschließen, müssen alle Transportkosten angemessen und üblich sein.</p> <p>Bezüglich der Rückreise zahlen wir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den Preis eines Flugtickets der Economy Class oder</li> <li>• angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.</li> </ul> <p>Wir kommen für Taxifahrten nur auf, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es aus <i>medizinischer</i> Sicht für den <i>Anspruchsberechtigten</i> vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und</li> <li>• die Genehmigung im Voraus vom <i>medizinischen Assistenzdienst</i> erlangt wird.</li> </ul> <p>Wir übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Rückführung (zum Beispiel Unterbringungskosten).</p> <p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie für eine Nachbehandlung in das <i>Krankenhaus</i> zurückkehren müssen, in das Sie rückgeführt wurden, kommen wir nicht für Reise oder <i>Verpflegung</i> auf.</li> <li>• Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> den <i>medizinischen Assistenzdienst</i> kontaktiert, um im Voraus eine Genehmigung für eine Rückführung einzuholen, der <i>medizinische Assistenzdienst</i> die Rückführung jedoch nicht als medizinisch sinnvoll betrachtet, arrangieren wir möglicherweise die Evakuierung des <i>Anspruchsberechtigten</i> zum nächstgelegenen Krankenhaus, in dem die notwendige <i>Behandlung</i> erhältlich ist. Wir führen den <i>Anspruchsberechtigten</i> dann in das angegebene Land seiner Staatsangehörigkeit oder sein <i>Aufenthaltsland</i> zurück, sobald sein Zustand stabil ist und die Rückführung medizinisch sinnvoll ist.</li> <li>• Für den Fall Rückholdienste nicht von uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.</li> </ul>	

<b>Rückführung von sterblichen Überresten</b>	<b>25.000\$</b> <b>18.500€</b> <b>16.500£</b>
<p>Wenn ein <i>Anspruchsberechtigter</i> während der <i>Versicherungsdauer</i> außerhalb seines <i>Aufenthaltslandes</i> stirbt, veranlasst der <i>medizinische Assistenzdienst</i> vorbehaltlich der Vorschriften und Einschränkungen der Fluglinien so bald wie möglich die Rückführung seiner sterblichen Überreste in sein <i>Aufenthaltsland</i> oder <i>das Land seiner Staatsangehörigkeit</i>.</p> <p>Wir übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit der Beerdigung oder der Einäscherung oder Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des <i>Anspruchsberechtigten</i> abholt oder begleitet.</p> <p><b>Wichtige Hinweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für den Fall Rückholdienste nicht von uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, die Kosten abzulehnen.</li> </ul>	

**Die folgenden wichtigen Hinweise und allgemeinen Bedingungen gelten für den gesamten Versicherungsschutz, der im Rahmen der Option “Internationaler medizinischer Rücktransport” angeboten wird.**

## Wichtige Hinweise

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Dienstleistungen werden im Rahmen dieses *Vertrags* vom *medizinischen Assistenzdienst* bereitgestellt oder organisiert.

Die folgenden Bedingungen gelten sowohl für Krankentransporte als auch für Rückführungen:

- Alle Krankentransporte und Rückführungen müssen im Voraus vom *medizinischen Assistenzdienst* genehmigt werden, den Sie über den Kundendienst erreichen können;
- Die *Behandlung*, für die oder in Folge derer der Krankentransport oder die Rückführung erforderlich ist, muss von einer qualifizierten Pflegekraft oder einem Arzt empfohlen sein;
- Der Service Krankentransport und Rückführung ist im Rahmen dieses *Vertrags* nur erhältlich, wenn der *Anspruchsberechtigte* stationär oder teilstationär behandelt wird (oder behandelt werden muss);
- Die *Behandlung*, aufgrund derer der Krankentransport oder die Rückführung erforderlich ist, muss folgende Voraussetzungen erfüllen:
  - Es handelt sich um eine *Behandlung*, die für den *Anspruchsberechtigten* im Rahmen dieses *Vertrags* abgedeckt ist; und
  - Die *Behandlung* ist an dem Ort, von dem der *Anspruchsberechtigte* evakuiert oder zurückgeführt werden soll, nicht erhältlich;
  - Der *Anspruchsberechtigte* muss bereits unter dem internationalen *Versicherungsschutz* für medizinische Notfall-evakuierungen versichert sein, bevor er den Service für Krankentransport oder Rückführung in Anspruch nehmen kann.
  - Der *Anspruchsberechtigte* muss in dem gewählten Versicherungsgebiet, welches das Land umfasst, in dem die *Behandlung* nach der Evakuierung oder Rückführung bereitgestellt wird, *Versicherungsschutz* haben (*Behandlungen* in den USA sind ausgeschlossen, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht den *Versicherungsschutz Weltweit einschließlich USA* gekauft hat).
- *Wir* zahlen nur für Evakuierungen oder Rückführungen, wenn alle Maßnahmen im Voraus von *unserem medizinischen Assistenzdienst* genehmigt werden. Bevor die Genehmigung erteilt wird, müssen *uns* alle Informationen oder Nachweise vorgelegt werden, die *wir* vernünftigerweise verlangen können;
- *Wir* genehmigen oder zahlen keine Evakuierung oder Rückführung, wenn sie unserer begründeten Ansicht nach nicht angemessen oder medizinisch nicht ratsam ist. Bei der Entscheidung darüber, ob eine Evakuierung oder Rückführung sinnvoll ist, beziehen *wir uns* auf bewährte *klinische* und medizinische Praxis;
- *Wir* können von Zeit zu Zeit eine Prüfung dieses *Versicherungsschutzes* durchführen und behalten *uns* vor, Sie um weitere Informationen zu bitten, wenn dies für *uns* angemessen ist.

## Allgemeine Bedingungen

- Wenn es aufgrund lokaler Bedingungen unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich ist, ein Gebiet zu betreten, zum Beispiel aufgrund einer instabilen politischen Lage oder Krieg, sind *wir* möglicherweise nicht in der Lage, Krankentransporte oder Rückführungen zu arrangieren. Dieser *Vertrag* garantiert nicht, dass auf Anfrage immer Krankentransporte oder Rückführungsdienstleistungen verfügbar sein werden, auch wenn sie medizinisch angemessen sind.
- *Wir* zahlen für *Krankenhausunterbringungen* nur solange, wie der *Anspruchsberechtigte* behandelt wird. *Wir* bezahlen keine *Krankenhausunterbringung*, wenn ein *Anspruchsberechtigter* nicht mehr behandelt wird, sondern auf einen Rückflug wartet.

- Alle *Behandlungen*, die ein *Anspruchsberechtigter* vor oder nach einer Evakuierung oder Rückführung erhält, werden von der internationalen Krankenversicherung bezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen *Versicherungsoption*), vorausgesetzt die *Behandlung* ist unter diesem *Vertrag* abgedeckt und Sie haben den entsprechenden *Versicherungsschutz* gekauft.
- Wir sind nicht dafür haftbar, wenn behördliche Bestimmungen oder Einschränkungen oder andere Faktoren, die sich außerhalb unserer angemessenen Kontrolle befinden, durch widrige Wetterverhältnisse, technische oder mechanische Probleme Krankentransporte oder Rückführungen verspätet oder gar nicht stattfinden.
- Wir zahlen nur für Krankentransport, Rückführung und den Transport Dritter, wenn die *Behandlung*, für die oder aufgrund derer der Krankentransport oder die Rückführung *notwendig ist*, von diesem *Vertrag* abgedeckt wird.
- Alle Entscheidungen über:
  - die *medizinische Notwendigkeit* des Krankentransports oder der Rückführung;
  - die Mittel und den zeitlichen Rahmen des Krankentransports oder der Rückführung;
  - die zu verwendende medizinische Ausrüstung und das einzusetzende medizinische Personal und
  - den Zielort, an den der *Anspruchsberechtigte* gebracht wird;

werden von *unserem* medizinischen Team nach Rücksprache mit den Ärzten, die den *Anspruchsberechtigten* behandeln, wobei alle relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen berücksichtigt werden.

<p><b>Selbstbehalt (verschiedene)</b></p> <p>Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Ansprüche von <i>Ihrem</i> Versicherungsplan abgedeckt werden.</p>	<p>0 \$ / 375 \$ / 750 \$ / 1.500 \$ / 3.000 \$ / 7.500 \$ / 10.000 \$          0 € / 275 € / 550 € / 1.100 € / 2.200 € / 5.500 € / 7.400 €          0 £ / 250 £ / 500 £ / 1.000 £ / 2.000 £ / 5.000 £ / 6.650 £</p>
<p><b>Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt und Zuzahlungshöchstbetrag</b></p> <p>Die <i>Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil jeder Forderung, der nicht von <i>Ihrem</i> Versicherungsplan übernommen wird.</p> <p>Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i>, den Sie pro <i>Versicherungszeitraum</i> zahlen müssen.</p> <p>Der Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung des <i>Selbstbehalts</i> berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, tragen zum <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> bei.</p>	<p><b>Wählen Sie zunächst den Prozentsatz Ihrer Kostenbeteiligung:</b></p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p><b>Wählen Sie dann Ihren Zuzahlungshöchstbetrag:</b></p> <p>2.000 \$ oder 5.000 \$          1.480€ oder 3.700€          1.330£ oder 3.325£</p>



Auf den folgenden seiten finden sie eine auflistung der optionalen leistungen, die sie zusätzlich zu ihren basisleistungen gewählt haben könnten.



Werfen sie einen blick auf ihren versicherungsschein, um sich genau zu vergewissern, welchen versicherungsschutz sie haben.

## Ambulante und wellness-behandlungen

Die Option Ambulante und Wellness-Behandlungen bietet *Ihnen* einen umfassenderen Versicherungsschutz für *ambulante Behandlungen*, bei denen eine *teilstationäre* oder *stationäre Krankenhausaufnahme* nicht erforderlich ist. Die Leistungen umfassen Konsultationen mit *Ärzten* und *Fachärzten*, verschriebene *Medikamente* und *Verbandmittel*, *Physiotherapie* sowie *osteopathische* und *chiropraktische Behandlungen*. Als *Ihr* ganzheitlicher Gesundheitspartner sind *Sie* auch für eine Reihe von *Krebsvorsorgeuntersuchungen* und *Routineuntersuchungen* für Erwachsene versichert und haben Zugang zu *unserem* Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements und *unserem* Wellness-Coaching per Telefon oder Video-Beratung.

Bitte beachten Sie, dass *wir* die Kosten für eine *medizinisch notwendige ambulante Notfallbehandlung* in der Notaufnahme eines *Krankenhauses* nach einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung und/oder einer lebensbedrohlichen Situation nur dann übernehmen, wenn der *Begünstigte* die Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ gewählt hat. *Wir* übernehmen die Kosten für *ambulante Notfallbehandlungen* in einer Unfall- und Notaufnahme nur bis zu den geltenden Höchstbeträgen.

### IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

<p><b>Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum</b></p> <p>Dies schließt Ansprüche ein, die in allen Abschnitten der ‚Ambulanten und Wellness-Behandlungen‘ gezahlt werden.</p>	<p>5.000\$ 3.700€ 3.325€</p>
<p><b>Beratungen bei Ärzten und Fachärzten</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungs Grenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>650\$ 500€ 425€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> zahlen für Beratungen oder Besuche bei einem <i>Arzt</i>, die notwendig sind, um eine <i>Krankheit</i> zu diagnostizieren oder eine <i>Behandlung</i> zu vereinbaren oder zu erhalten.</li> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für nicht-chirurgische <i>Behandlungen</i> auf <i>ambulanter</i> Basis, die von einem <i>Spezialisten</i> als <i>medizinisch notwendig</i> empfohlen werden.</li> </ul>	

<p><b>Telemedizinische Beratungen</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>. Es handelt sich hierbei um eine kombinierte Erstattungsgrenze mit der Leistung für Beratungen bei <i>Ärzten</i> und <i>Fachärzten</i>.</p>	<p><b>650\$</b> <b>500€</b> <b>425€</b></p>
<p>Wenn möglich, sollten telemedizinische Beratungen über die Cigna Wellbeing™-App oder über die Kundenbetreuung mit Teladoc in Anspruch genommen werden. Wenn virtuelle Konsultationen nicht über Teladoc verfügbar sind, übernehmen <i>wir</i> die Kosten für Video- und Telefonkonsultationen mit einem <i>Arzt</i> oder <i>Facharzt</i>, um die Beurteilung, Diagnose, Behandlung, Aufklärung und das Pflegemanagement eines <i>Begünstigten</i> durch einen Gesundheitsdienstleister zu erleichtern.</p> <p>Telemedizinische Beratungen mit einem Gesundheitsdienstleister sind beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Erstgespräch und</li> <li>• 2 Folgesprechstunden</li> </ul> <p>Jede weitere Sprechstunde unterliegt der vorherigen Genehmigung und erfordert einen medizinischen Bericht, der vom behandelnden <i>Arzt</i> vorgelegt werden muss. Der medizinische Bericht sollte Folgendes enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung des Gesundheitszustands</li> <li>• Behandlungsziel</li> <li>• Behandlungsplan und geschätzte Anzahl der noch erforderlichen Sprechstunden.</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kosten für Telemedizin dürfen nicht höher sein als die Kosten für eine gleichwertige persönliche Beratung. Ausgaben, die als übermäßig, unangemessen oder ungewöhnlich erachtet werden, werden nicht übernommen oder die Höhe der gezahlten Leistung wird gekürzt.</li> <li>• Diese Leistung wird bis zum kombinierten Höchstbetrag der Leistungen für Konsultationen bei <i>Ärzten</i> und <i>Fachärzten</i> gezahlt.</li> </ul>	

<p><b>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (außer Fortgeschrittene Medizinische Bildgebung)</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>1.000\$</b> <b>740€</b> <b>665€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für die folgenden Untersuchungen, wenn sie <i>medizinisch notwendig</i> sind und von einem <i>Facharzt</i> als Teil der <i>ambulanten Behandlung</i> eines <i>Begünstigten</i> empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blut- und Urinuntersuchungen;</li> <li>• Röntgenaufnahmen;</li> <li>• Ultraschall-Untersuchungen;</li> <li>• Elektrokardiogramme (EKG); und</li> <li>• andere <i>diagnostische Tests</i> (ausgenommen fortgeschrittene medizinische Bildgebung).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Wichtiger Hinweis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>medizinisch notwendige</i> Untersuchungen bei Pandemien, Epidemien oder Ausbrüchen von Infektionskrankheiten in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO).</li> </ul>	

<p><b>Physiotherapie</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>1.000\$</b> <b>740€</b> <b>665€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für <i>ambulante physiotherapeutische Behandlungen</i>, die <i>medizinisch notwendig</i> sind und der Wiederherstellung der normalen Aktivitäten des täglichen Lebens dienen. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten <i>Arzt</i> durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. Dies schließt jegliche <i>sportmedizinische Behandlung</i> aus.</li> <li>• <i>Wir</i> benötigen vor der Genehmigung einen <i>medizinischen Bericht</i> und einen <i>Behandlungsplan</i>.</li> </ul>	

<p><b>Osteopathie und chiropraktische Behandlung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>650\$ 500€ 425€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir zahlen für osteopathische und chiropraktische <i>Behandlungen</i>, die <i>evidenzbasiert</i>, <i>medizinisch notwendig</i> und von einem behandelnden Facharzt empfohlen sind, wenn ein <i>Arzt</i> die <i>Behandlung</i> empfiehlt und eine Überweisung ausstellt. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird. Dies schließt jegliche sportmedizinische <i>Behandlung</i> aus.</li> <li>• Wir benötigen vor der Genehmigung einen medizinischen Bericht und einen <i>Behandlungsplan</i>.</li> </ul>	
<p><b>Akupunktur und chinesische Medizin</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>650\$ 500€ 425€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für Konsultationen bei Akupunkteuren und Ärzten der chinesischen Medizin, wenn diese <i>Behandlungen</i> von einem <i>Arzt</i> empfohlen werden. Die <i>Behandlung</i> muss von einem qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der die entsprechende Approbation des Landes besitzt, in dem die <i>Behandlung</i> durchgeführt wird.</li> <li>• Wir benötigen vor der Genehmigung einen medizinischen Bericht und einen <i>Behandlungsplan</i>.</li> </ul>	
<p><b>Verordnete Medikamente und Verbandmittel</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>500\$ 370€ 330€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente und Verbandmittel, die von einem <i>Arzt ambulant</i> verschrieben werden.</li> </ul> <p><b>Wichtiger Hinweis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente, die von einem <i>Arzt</i> in den <i>USA</i> verschrieben und/oder von einer Apotheke in den <i>USA</i> geliefert werden, unterliegen unserer Liste der <i>verschreibungspflichtigen Arzneimittel</i>.</li> </ul>	
<p><b>Miete für dauerhafte medizinische Geräte</b></p> <p>Bis zu 45 Tage und der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>1.500\$ 1.100€ 1.000€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die Anmietung von dauerhaften medizinischen Geräten für bis zu 45 Tage je <i>Versicherungszeitraum</i>, wenn die Verwendung dieser Geräte von einem Facharzt empfohlen wird, um die <i>Behandlung</i> des <i>Begünstigten</i> zu unterstützen.</li> <li>• Wir zahlen nur für die Miete von dauerhaften medizinischen Geräten, die: <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Einwegartikel sind und mehrfach verwendet werden können;</li> <li>• einem medizinischen Zweck dienen;</li> <li>• für die Verwendung zu Hause geeignet sind; und</li> <li>• von einer Art sind, die normalerweise nur von einer Person verwendet wird, die an den Folgen einer Krankheit, eines Leidens oder einer <i>Verletzung</i> leidet.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Impfungen für Erwachsene</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p>250\$ 185€ 165€</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Schutzimpfungen, die klinisch angemessen sind.</li> </ul>	

<p><b>Zahnunfälle</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>500\$</b> <b>370€</b> <b>330£</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ein <i>Begünstigter</i> aufgrund von Verletzungen, die er bei einem Unfall erlitten hat, eine zahnärztliche Behandlung benötigt, übernehmen <i>wir</i> die Kosten für eine <i>ambulante</i> zahnärztliche Behandlung für alle gesunden natürlichen Zähne, die durch den Unfall beschädigt oder in Mitleidenschaft gezogen wurden, sofern die <i>Behandlung</i> unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall abgeschlossen wird.</li> <li>• Um diese <i>Behandlung</i> genehmigen zu können, benötigen <i>wir</i> eine Bestätigung des behandelnden <i>Zahnarztes</i> des <i>Begünstigten</i> über: <ul style="list-style-type: none"> <li>• das Datum des Unfalls; und</li> <li>• die Tatsache, dass es sich bei dem Zahn/den Zähnen, der/die Gegenstand der vorgeschlagenen <i>Behandlung</i> ist/sind, um einen gesunden natürlichen Zahn/Zähne handelt.</li> </ul> </li> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für diese <i>Behandlung</i> anstelle anderer <i>zahnärztlicher Behandlungen</i>, auf die der <i>Begünstigte</i> im Rahmen dieses <i>Vertrags</i> Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem oder mehreren Zähnen behandelt werden muss.</li> <li>• <i>Wir</i> zahlen nicht für die Reparatur oder Versorgung mit Zahnimplantaten, Kronen oder Prothesen im Rahmen dieses Teils des <i>Vertrags</i>.</li> </ul>	

<p><b>Tests zum Wohlbefinden von Kindern</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>1.000\$</b> <b>740€</b> <b>665£</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahlbar für Kinder in <i>entsprechenden Altersabständen</i> bis zum Alter von 6 Jahren.</li> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für Routineuntersuchungen des Wohlbefindens von Kindern in den <i>entsprechenden Altersabständen</i>, die von einem <i>Arzt</i> durchgeführt werden, um eine vorbeugende Behandlung zu gewährleisten, die Folgendes umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung der Krankengeschichte;</li> <li>• körperliche Untersuchungen;</li> <li>• Beurteilung der Entwicklung;</li> <li>• vorausschauende Beratung; und</li> <li>• geeignete Impfungen und Laboruntersuchungen für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren.</li> </ul> <p><i>Wir</i> übernehmen die Kosten für einen Besuch beim <i>Arzt</i> in jedem der <i>entsprechenden Altersabstände</i> (bis zu insgesamt 13 Arztbesuche für jedes Kind) zum Zweck der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen.</p> </li> <li>• Außerdem übernehmen <i>wir</i> die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Gesundheitsuntersuchung bei der Einschulung zur Beurteilung von Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind bis zum Alter von 6 Jahren; und</li> <li>• Screening der diabetischen Retinopathie für Kinder über 12 Jahre, die an Diabetes leiden.</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Impfungen für Kinder</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>1.000\$</b> <b>740€</b> <b>665£</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wir</i> übernehmen die Kosten für bestimmte Impfungen und Schutzimpfungen, die für Kinder unter 18 Jahren klinisch angemessen sind.</li> </ul>	



<p><b>Jährlicher Seh- und Hörtest für Kinder unter 16 Jahren</b>          Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenüber- nahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Routineuntersuchungen für Kinder unter 16 Jahren:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• I Sehtest; und</li> <li>• I Hörtest.</li> </ul> </li> </ul>	

## Ihre Wellness-Behandlungsleistungen

<p><b>Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements</b></p>	<p><b>Enthalten</b></p>
<p>Unser Programm zur Unterstützung des Lebensmanagements steht <i>Ihnen</i> 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr zur Verfügung, d.h. Sie können sich an den Dienst wenden, um zu einem für Sie geeigneten Zeitpunkt Zugang zu kostenloser, vertraulicher Unterstützung bei allen beruflichen, persönlichen, familiären oder Lebensbelangen zu erhalten, die Sie beschäftigen.</p> <p>Sie haben Zugang zu den folgenden Dienstleistungen und Instrumenten:</p> <p><b>Kurzfristige Beratung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zu 6 Beratungssitzungen per Telefon, Video oder persönlich, pro Thema und <i>Versicherungszeitraum</i>. Häufige Anwendungsfälle sind: Umgang mit Ängsten und Depressionen, Unterstützung von Paar- und Familienbeziehungen, Trauerfälle und mehr.</li> </ul> <p><b>Verhaltensorientierte Gesundheit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zu 6 Sitzungen mit einem Achtsamkeitscoach per Telefon pro <i>Versicherungszeitraum</i>. Hilfreich für Menschen, die unter Stress leiden und Probleme mit Konzentration und Aufmerksamkeit haben.</li> <li>• Ein Online-Selbsthilfeprogramm zur kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Ängsten, Stress und Depressionen, mit unbegrenztem Zugang zum Programm für 6 Monate.</li> </ul> <p><b>Unterstützung für Karriere und Arbeitsplatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonische Life-Coaching-Sitzungen zur Unterstützung der persönlichen Weiterentwicklung und der beruflichen Entwicklung am Arbeitsplatz.</li> <li>• Telefonsitzungen mit einem Berater für Führungskräfte, um ihre Fähigkeiten zur Mitarbeiterführung zu verbessern.</li> </ul> <p><b>Praktische Bedürfnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unbegrenzte telefonische Soforthilfe zur Unterstützung im Alltag.</li> <li>• Vorqualifizierte Empfehlungen und Informationen, die Ihnen bei der Bewältigung <i>Ihrer</i> alltäglichen Anforderungen helfen, wie z.B. Umzugslogistik, Betreuung von Kindern oder älteren Menschen, rechtliche oder finanzielle Dienstleistungen.</li> </ul> <p><b>Wenden Sie sich bitte an den Kundendienst, wenn Sie diesen Service nutzen möchten. Dieser Dienst wird von <i>unserem</i> ausgewählten Beratungsdienstleister angeboten.</b></p>	

Wellness-Coaching	Enthalten
<p>Wir vermitteln Ihnen einen persönlichen, qualifizierten Wellness-Coach, der speziell für die Änderung des Gesundheitsverhaltens ausgebildet ist. Ihr Coach wird gemeinsam mit Ihnen ein bestimmtes Wellness-Ziel festlegen, das Ihnen wichtig ist, und Sie bei der Erstellung eines Wellness-Plans in einem der folgenden Schwerpunktbereiche unterstützen: Gewichtskontrolle, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Schlaf, Stressbewältigung und Tabakentwöhnung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie haben Zugang zu 6 vertraulichen Coaching-Sitzungen pro Schwerpunktbereich und <i>Versicherungszeitraum</i> mit Ihrem persönlichen Coach, um Ihre Strategie und Motivation zur Erreichung Ihres Wohlfühlziels zu entwickeln.</li> <li>• Ihr persönlicher Coach unterstützt Sie mit Ratschlägen und Empfehlungen, die Sie zwischen den 6 Coaching-Sitzungen umsetzen können, um eine dauerhafte Änderung Ihres Lebensstils zu gewährleisten.</li> </ul> <p>Da die Coaching-Sitzungen per Telefon oder Video-Beratung abgehalten werden, können Sie bequem von zu Hause aus darauf zugreifen.</p> <p>Sie können außerdem zu einem für Sie günstigen Zeitpunkt angesetzt werden, je nach Zeitzone und Sprachpräferenz. Bitte beachten Sie, dass dies ein vertraulicher Dienst ist.</p> <p><b>Wenden Sie sich bitte an den Kundendienst, wenn Sie diesen Service nutzen möchten. Dieser Dienst wird von unserem ausgewählten Coaching-Dienstleister angeboten.</b></p>	
<p><b>Routineuntersuchungen für Erwachsene</b>  Bis zu der ausgewiesenen Gesamterstattungsgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>100\$</b>  <b>75€</b>  <b>65€</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für 1 Routineuntersuchung für Erwachsene (einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Größe, Gewicht, Blut- und Urinuntersuchungen, Blutdruck, Lungenfunktion usw.) für Personen ab 18 Jahren.</li> </ul>	

<p><b>Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Papanicolaou-Test (Pap-Abstrich) für weibliche <i>Begünstigte</i>.</li> </ul>	<p><b>Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung</b></p> <p>225\$ 165€ 150£</p> <p><b>Kombinierter Gesamthöchstbetrag von 400\$</b></p> <p>300€ 260£</p>
<p><b>Prostatakrebs-Früherkennung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Prostatauntersuchung (Prostata-Spezifisches-Antigen-Test (PSA)) für männliche <i>Begünstigte</i> ab 50 Jahren.</li> </ul>	
<p><b>Brustkrebs-Früherkennung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altersgruppe 35-39: I Basismammografie für symptomfreie Frauen.</li> <li>• Altersgruppe 40-49: I Mammographie für symptomfreie Frauen alle 2 Jahre.</li> <li>• ab einem Alter von 50 Jahren: I Mammographie pro Jahr.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Darmkrebs-Früherkennung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Darmkrebsvorsorgeuntersuchung für <i>Begünstigte</i> ab einem Alter von 50 Jahren.</li> </ul>	
<p><b>Hautkrebs-Screening</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Hautkrebsuntersuchung für Männer und Frauen ab 18 Jahren.</li> </ul>	
<p><b>Lungenkrebs-Früherkennung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Lungenkrebsuntersuchung für Männer und Frauen ab 45 Jahren, die Raucher*innen sind oder waren.</li> </ul>	
<p><b>Knochendichtemessung</b></p> <p>Bis zu der ausgewiesenen Erstattungsgrenze pro Vorsorgeuntersuchung und der ausgewiesenen Gesamthöchstgrenze pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für I Untersuchung zur Bestimmung der Knochendichte des <i>Begünstigten</i>, wenn diese <i>medizinisch notwendig</i> ist.</li> </ul>	

<p><b>Selbstbehalt (verschiedene)</b></p> <p>Ein <i>Selbstbehalt</i> ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Ansprüche von <i>Ihrem</i> Versicherungsplan abgedeckt werden.</p>	<p><b>0\$ / 150\$ / 500\$ / 1.000\$ / 1.500\$</b>  <b>0€ / 110€ / 370€ / 700€ / 1.100€</b>  <b>0£ / 100£ / 335£ / 600£ / 1.000£</b></p>
<p><b>Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt und Zuzahlungshöchstbetrag</b></p> <p>Die <i>Kostenbeteiligung</i> ist der prozentuale Anteil jeder Forderung, der nicht von <i>Ihrem</i> Versicherungsplan übernommen wird.</p> <p>Der <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> ist der maximale Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i>, den Sie pro <i>Versicherungszeitraum</i> zahlen müssen.</p> <p>Der Betrag der <i>Kostenbeteiligung</i> wird nach Berücksichtigung des <i>Selbstbehalts</i> berechnet. Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der <i>Kostenbeteiligung</i> zahlen, tragen zum <i>Zuzahlungshöchstbetrag</i> bei.</p>	<p><b>Wählen Sie den Prozentsatz Ihrer Kostenbeteiligung:</b></p> <p><b>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</b></p> <p><b>und der für Sie geltende Zuzahlungshöchstbetrag ist:</b></p> <p><b>3.000\$</b>  <b>2.200€</b>  <b>2.000£</b></p>

# Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

Erhalten Sie Ihre Mundgesundheit mit der Option ‚Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung‘. Diese Option deckt ein breites Spektrum an Präventiv-, Routine- und größeren Zahnbehandlungen ab.

## IHR GESAMTHÖCHSTBETRAG

<p><b>Jährliches Gesamtleistungsmaximum – pro Begünstigtem und Versicherungszeitraum.</b></p>	<p>750\$ 550€ 500£</p>
<p><b>Vorbeugende Zahnbehandlung</b> Nachdem der <i>Begünstigte</i> 3 Monate lang über diese Option versichert war. Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>Vollständige Kostenübernahme</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir übernehmen die Kosten für die folgenden von einem <i>Zahnarzt</i> empfohlenen vorbeugenden Zahnbehandlungen, nachdem der <i>Begünstigte</i> mindestens 3 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro <i>Versicherungszeitraum</i>;</li> <li>• Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügel- und Einzel- sowie Orthopantomogramme (OPG);</li> <li>• Zahnsteinentfernung und Politur, gegebenenfalls einschließlich örtlicher Anwendung von Fluorid (2 pro <i>Versicherungszeitraum</i>);</li> <li>• 1 Mund-/Zahnschutz pro <i>Versicherungszeitraum</i>;</li> <li>• 1 Nachtschiene pro <i>Versicherungszeitraum</i>; und</li> <li>• Fissurenversiegelung.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Routine-Zahnbehandlung</b> Nachdem der <i>Begünstigte</i> 3 Monate lang über diese Option versichert war. Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro <i>Begünstigtem</i> und <i>Versicherungszeitraum</i>.</p>	<p><b>80% Rückerstattung pro Versicherungszeitraum</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wir erstatten die <i>Behandlungskosten</i> für die folgenden routinemäßigen Zahnbehandlungen, nachdem der <i>Begünstigte</i> mindestens 3 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte (wenn diese <i>Behandlung</i> für die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit erforderlich ist und von einem <i>Zahnarzt</i> empfohlen wird):             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurzelbehandlung;</li> <li>• Extraktionen;</li> <li>• chirurgische Eingriffe;</li> <li>• gelegentliche <i>Behandlungen</i>;</li> <li>• Anästhesie; und</li> <li>• Parodontalbehandlung.</li> </ul> </li> </ul>	



## Größere wiederherstellende Zahnbehandlung

Nachdem der *Begünstigte* 12 Monate lang über diese Option versichert war.

Bis zum jährlichen Gesamtleistungsmaximum pro *Begünstigtem* und *Versicherungszeitraum*.

**70% Rückerstattung pro Versicherungszeitraum**

- Wir erstatten die *Behandlungskosten* für die folgenden größeren restaurativen Zahnbehandlungen, nachdem der *Begünstigte* mindestens 12 Monate lang Versicherungsschutz für zahnmedizinische Versorgung und Behandlung hatte:
  - Zahnersatz (Acryl/Synthetik, Metall und Metall/Acryl);
  - Kronen;
  - Inlays; und
  - Einsetzen von Zahnimplantaten.
- Benötigt ein *Begünstigter* eine größere restaurative Zahnbehandlung, bevor er 12 Monate lang die Option ‚Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung‘ in Anspruch genommen hat, übernehmen wir 50% der *Behandlungskosten*.

## Ausschlüsse für Zahnbehandlungen

Die folgenden Ausschlüsse gelten für Zahnbehandlungen, zusätzlich zu denen, die an anderer Stelle in diesem Vertrag und in Ihrer Versicherungsschein aufgeführt sind.

Wir zahlen nicht für:

- rein *kosmetische Behandlungen* oder andere *Behandlungen*, die für die Erhaltung oder Verbesserung der Mundgesundheit nicht notwendig sind.
- den Ersatz eines verlorenen oder gestohlenen zahnmedizinischen Geräts oder die damit verbundenen *Behandlungen*.
- den Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines Zahnersatzes, der (nach angemessener Einschätzung eines Zahnarztes mit normaler Kompetenz und Fachkenntnis im Land des gewöhnlichen Wohnsitzes des Begünstigten) repariert und nutzbar gemacht werden kann.
- Ersatz von Brücken, Kronen oder Zahnersatz innerhalb von fünf (5) Jahren nach ihrer ursprünglichen Anfertigung, es sei denn:
  - die Brücke oder Zahnprothese wurde während des Gebrauchs infolge eines Zahnschadens, den der *Begünstigte* während des Versicherungsschutzes im Rahmen dieses Vertrags erlitten hat, irreparabel beschädigt;
  - der Ersatz ist notwendig, weil der *Begünstigte* die Extraktion eines gesunden natürlichen Zahns/von gesunden natürlichen Zähnen benötigt; oder
  - der Ersatz ist wegen des Einsetzens einer ursprünglichen Gegenprothese erforderlich.
- Verblendschalen (Veneers) aus Acryl oder Porzellan.
- Kronen oder Brückenglieder auf den oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Molaren oder als Ersatz für diese, es sei denn:
  - sie bestehen entweder aus Porzellan, das mit Metall verbunden ist, oder aus reinem Metall, z.B. aus einer Goldlegierung; oder
  - eine provisorische Krone oder ein Brückenglied ist im Rahmen einer zahnärztlichen Routine- oder Notfallbehandlung erforderlich.
- *Behandlungen*, Verfahren und Materialien, die experimentell sind oder nicht den anerkannten zahnmedizinischen Standards entsprechen.
- *Behandlungen* von Zahnimplantaten, die in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen mit:
  - einer fehlenden Integration des Implantats;
  - einem Scheitern der Osseointegration;
  - Periimplantitis;
  - Ersatz von Kronen, Brücken oder Zahnersatz; oder
  - Unfälle oder *Notfallbehandlungen*, auch für prothetische Vorrichtungen.
  - Beratung in Bezug auf Plaquekontrolle, Mundhygiene und Ernährung.
  - Dienstleistungen und Zubehör, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Mundwasser, Zahnbürste und Zahnpasta.
- *Medizinische Behandlungen*, die im Krankenhaus von einem Kieferorthopäden durchgeführt werden, können im Rahmen Ihrer Basisleistungen und/oder der Option ‚Ambulante und Wellness-Behandlungen‘ abgedeckt werden, sofern diese Option abgeschlossen wurde, es sei denn, eine Zahnbehandlung ist der Grund für Ihren Aufenthalt im Krankenhaus.
- Bissregistrator, Präzisions- oder Semipräzisionsgeschiebe.
- Jegliche *Behandlungen*, Verfahren, Hilfsmittel oder Restaurationen (außer Vollprothesen), deren Hauptzweck darin besteht:
  - die vertikalen Dimensionen zu verändern;
  - Diagnose oder Behandlung von *Erkrankungen* oder Funktionsstörungen des Kiefergelenks;
  - Stabilisierung parodontal betroffener Zähne; oder
  - Wiederherstellung der Okklusion.



**Wir helfen ihnen,  
ihre gesundheit, ihr  
wohlbefinden und  
ihren seelenfrieden zu  
verbessern.**

# Möchten sie kontakt aufnehmen?

Wenn Sie Fragen zu *Ihrem Vertrag* haben, eine Genehmigung für eine *Behandlung* benötigen oder aus anderen Gründen, wenden Sie sich bitte an *unser Kundenbetreuungsteam* - 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr.



## NUTZEN SIE IHREN KUNDENBEREICH

Live-Chat mit *uns*  
Nachricht an *uns*  
Rückruf vereinbaren



Alternativ können Sie *uns* auch eine E-Mail schicken an:  
[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)



## TELEFONISCHER KONTAKT

International: **+44 (0) 1475 788 182**  
USA: **800 835 7677** (gebührenfrei)  
Hongkong: **2297 5210** (gebührenfrei)  
Singapur: **800 186 5047** (gebührenfrei)

Einzelheiten zu der *Cigna-Gesellschaft*, die *Ihren Versicherungsschutz* im Rahmen *Ihres Vertrags* bietet, finden Sie in *Ihren Versicherungsbedingungen* und auf *Ihrem Versicherungsschein*.

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

Cigna Healthcare ist eine eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch The Cigna Group und ihre operative 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 Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. and Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare

200593 Cigna Close Care<sup>SM</sup> Leitfaden für Kunden 09/2023