



INTERNATIONALE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG VERTRAGSBEDINGUNGEN

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und
Begriffe in Verbindung mit Ihrer Versicherung

VERTRAGSBEDINGUNGEN

Bitte lesen Sie diese *Vertragsbedingungen* zusammen mit Ihrer *Versicherungsbescheinigung* und Ihrem *Kundenleitfaden* durch, denn diese sind alle Bestandteil des *Vertrags* zwischen *Ihnen* und *uns*.

INHALT

Wichtige Informationen	3
Abschnitt 1 - Allgemeine Bedingungen	4
Abschnitt 2 - Allgemeine Ausschlüsse	16
Abschnitt 3 - Definitionen	22



WICHTIGE INFORMATIONEN



Die *Versicherung* wird bereitgestellt durch:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.- N.V.
52 Avenue de Cortenbergh
1000 Brussels
Belgien

Dieser *Vertrag* ist für im Ausland lebende Personen konzipiert. Daher deckt der *Vertrag* die Kosten der *Behandlung* im Land der Staatsbürgerschaft des Anspruchsberechtigten nur dann, wenn der Anspruchsberechtigte vorübergehend in seinem Land der Staatsbürgerschaft ansässig ist. Diese Umstände dürfen insgesamt nicht mehr als einhundertachtzig (180) Tage je *Versicherungsdauer* betragen und das Land der Staatsangehörigkeit muss innerhalb des ausgewählten *Versicherungsgebiets* liegen (siehe Abschnitt 17 für weitere Einzelheiten).

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie diese Bedingungen und den *Kundenleitfaden* gelesen haben und ggf. einen Experten zurate ziehen, wenn Sie prüfen wollen, ob dieser *Vertrag* für Sie geeignet ist.

Wenn Sie die Bedingungen dieses *Vertrags* nicht vollständig verstehen, sollten Sie uns innerhalb von vierzehn (14) Tagen nach dem Datum des *Versicherungsbeginns*, das auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* angegeben ist, kontaktieren. Bitte kontaktieren Sie unser Kundendienst-Team unter +44 (0) 1475 788 182, das Ihnen gerne alle Fragen beantwortet, die Sie in Bezug auf Ihren *Vertrag* haben.

Sie haben das gesetzliche Recht, Ihren *Vertrag* innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Datum des Kaufs oder der Erneuerung dieses *Vertrags* oder ab dem Datum, an dem Sie diese *Vertragsbedingungen* und Ihren *Kundenleitfaden* erhalten, falls dieser Zeitpunkt später ist, zu stornieren.

Wenn Sie diesen *Vertrag* widerrufen möchten und wir noch keine Schadenserstattung geleistet oder Ihnen noch keine *Zahlung garantiert haben*, werden Sie eine volle Rückerstattung Ihrer Prämie erhalten. Falls wir jedoch einen Schaden bezahlt oder eine *Zahlungsgarantie* abgegeben haben, werden wir keine bezahlte Prämie zurückerstatten. Um diesen *Vertrag* innerhalb dieser Frist von vierzehn (14) Tagen zu stornieren, kontaktieren Sie bitte unser Kundendienstteam unter +44 (0) 1475 788 182.

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

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

Worte und Begriffe in *kursiv* haben die Bedeutung, die in Abschnitt 3 „Definitionen“ aufgeführt sind.

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

ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN



1. Umfang des Versicherungsschutzes

Gemäß den Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüssen dieses Vertrags erstattet Cigna medizinische und damit in Verbindung stehende Kosten für *Behandlungen*, die innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* für *Verletzungen* und *Erkrankungen* liegen. Die *Behandlung* muss während der *Versicherungsdauer* erfolgen; *Selbstbeteiligungen*, *Eigenanteile* und *Deckungsgrenzen* können gelten.

2. Versicherungsdokumente

Diese *Vertragsbedingungen*, *Ihre Versicherungsbescheinigung* und der *Kundenleitfaden* bilden den gesamten Vertrag zwischen *Ihnen* und *uns*. *Sie* sollten diese Dokumente sorgfältig durchlesen.

3. Versicherungsfähigkeit

Sie müssen mindestens achtzehn (18) Jahre alt sein, um diesen *Vertrag* abzuschließen.

4. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

4.1

Der Versicherungsschutz beginnt an dem Datum, *das auf der ersten Versicherungsbescheinigung, die wir Ihnen zusenden, als Versicherungsbeginn* angegeben ist. Zu diesem Datum wird der Vertrag jedes Jahr verlängert.

4.2

Wenn *Sie* sich für den Abschluss einer Versicherung für zusätzliche *Anspruchsberechtigte* entscheiden, beginnt der Versicherungsschutz mit dem *Datum* der ersten *Versicherungsbescheinigung, auf dem die Anspruchsberechtigten* aufgeführt sind.

4.3

Sollte sich eine Verzögerung zwischen *Ihrem Antrag* und dem *ursprünglichen Startdatum Ihres Vertrags* ergeben und sich Informationen, die *Sie* an *uns* in *Ihrem Antrag* übermittelt haben, während dieser Verzögerung ändern, müssen *Sie uns* dies mitteilen. Bei grundlegender Veränderung *Ihres uns* mitgeteilten Gesundheitszustands vor dem eigentlichen *Beginn des Vertrags* behalten *wir* uns das Recht vor, den *Vertrag* zu kündigen, Prämienzuschläge oder Deckungsausschlüsse zu formulieren. Wenn *Sie* es versäumen, *uns* über jedwede Veränderung *Ihres* Gesundheitszustands während dieses Verzugszeitraums zu informieren, können *wir* dies als eine Erklärung falscher Angaben behandeln, die sich auf den Versicherungsschutz unter *Ihrem Vertrag* oder auf die Zahlung von Versicherungsansprüchen auswirken kann.

5. Wann endet der Versicherungsschutz?

5.1

Bei diesem *Vertrag* handelt es sich um einen Jahresvertrag. Dies bedeutet, dass der Versicherungsschutz ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* genau ein Jahr lang gültig ist, wenn er nicht vorzeitig gekündigt oder verlängert wird. Falls z. B. das *Datum des Versicherungsbeginns* der 1. Januar ist, ist das Enddatum des Versicherungsschutzes der 31. Dezember.

5.2

Der Versicherungsschutz endet für jeden *Anspruchsberechtigten*, wenn:

5.2.1

der *Anspruchsberechtigte* verstirbt (obwohl alle *Leistungen*, die nach dem Tod fällig werden, wie z. B. die Rückführung der sterblichen Überreste, weiterhin übernommen werden) oder

5.2.2

der *Vertrag* gekündigt wird. Die Umstände, unter denen *Sie* oder *wir* diesen Vertrag kündigen können, werden in Artikel 14 erläutert.

5.3

Im Falle *Ihres* Todes endet der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten*. Falls dieser Fall eintritt, werden *wir* versuchen, alle anderen *Anspruchsberechtigten* zu kontaktieren, die unter diesem *Vertrag* abgedeckt sind, und Ihnen die Möglichkeit bieten, den Versicherungsschutz bis zum *Ablaufdatum* fortzusetzen, wobei einer der Anspruchsberechtigten die Funktion des *Versicherungsnehmers* übernimmt. Falls der *Anspruchsberechtigte* den Versicherungsschutz fortsetzen möchte, muss dies innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt *unseres* Angebots in schriftlicher Form bestätigt werden. Im gegenteiligen Fall endet der Versicherungsschutz, und *wir* übernehmen keine Zahlungen mehr in Bezug auf *Behandlungen* oder Leistungen, die zum oder nach dem Zeitpunkt des Vertragsendes entstehen.

5.4

Wenn dieser *Vertrag* vor dem *ursprünglichen Ende der Laufzeit* endet, wird jede Prämie, außer im Falle von Betrug, die in Bezug auf den Zeitraum nach Ablauf der Deckung gezahlt wurde, zurückerstattet, soweit sie sich nicht auf einen Zeitraum bezieht, den *wir* abgedeckt haben, soweit *wir* während des *Versicherungszeitraums* keine Forderungen bezahlt oder eine *Zahlungsgarantie* abgegeben haben.

Endet ein *Vertrag* vor dem *Enddatum* und *wir* haben eine Schadenserstattungen geleistet oder eine *Zahlungsgarantie* während der *Versicherungsdauer* abgegeben, haften *Sie* für alle ausstehenden Prämien des *Vertrags*, die nicht gezahlt wurden.

6. Wie wird der Vertrag verlängert?

6.1.

Wir werden *Ihnen* gegebenenfalls die Möglichkeit bieten, *Ihren Vertrag* zu verlängern. Wenn *wir* *Ihnen* die Möglichkeit anbieten, *Ihren Vertrag* zu verlängern, werden *wir* *Sie* mindestens einen (1) Kalendermonat vor dem *Ablaufdatum* schriftlich kontaktieren und *Sie* fragen, ob *Sie* *Ihren* derzeitigen Versicherungsvertrag verlängern möchten. *Wir* werden *Sie* zudem über jegliche Änderungen bei Prämien, Definitionen, *Leistungen* oder Bedingungen informieren, die bei einer Vertragsverlängerung anfallen.

6.2

Wenn *Sie* sich für eine Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags entscheiden, müssen *Sie* nichts weiter unternehmen, und *Ihre* Deckung wird dann automatisch für weitere zwölf (12) Monate verlängert. Wenn *Sie* *Ihren* Versicherungsvertrag nicht verlängern möchten, müssen *Sie* *uns* mindestens sieben Tage vor dem *Ablaufdatum* *Ihres Vertrags* darüber informieren. Die Vertragsverlängerung unterliegt den Definitionen, Leistungen und Bedingungen der zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen *Vertragsbedingungen*. Wenn wir nicht in der Lage sind, *Ihren Versicherungsschutz* aus den in Klausel 14.1. erläuterten Gründen zu verlängern, werden *wir* *Sie* hierüber wie in Klausel 14.5 beschrieben informieren.

6.3

Wenn *Sie* *Ihren* Versicherungsschutz nicht verlängern, können alle *Anspruchsberechtigten*, die von der *Versicherung* gedeckt waren, eigenen Versicherungsschutz beantragen. *Wir* werden ihre *Antragsformulare* einzeln prüfen und sie informieren, ob und zu welchen Bedingungen *wir* bereit sind, ihnen einen Versicherungsschutz anzubieten.

7. Weitere Anspruchsberechtigte

7.1

Sie haben die Möglichkeit, weitere Personen (z. B. Familienmitglieder) als *Anspruchsberechtigte* in *Ihren Vertrag* einzuschließen. Bitte beachten *Sie*, dass zusätzliche *Anspruchsberechtigte* nur nach *unserem* Ermessen eingeschlossen werden können.

7.2.

Um als zusätzlicher *Anspruchsberechtigter* von *uns* für den Einschluss in *Ihren Vertrag* in Betracht gezogen zu werden, müssen *Sie* diese Personen in *Ihrem Antragsformular* aufführen. Wenn *wir* zustimmen, sie mitzuversichern, so führen *wir* ihre Namen zu *Ihrer Versicherungsbescheinigung* hinzu. Es können zusätzliche Prämien fällig werden und besondere Ausschlüsse können in Bezug auf diese Personen im *Vertrag* Anwendung finden.

8. Kann ich während der Versicherungsdauer Anspruchsberechtigte hinzufügen oder streichen lassen?

8.1

Sofern kein relevantes *qualifizierendes Lebensereignis* eingetreten ist, können Sie einen *Anspruchsberechtigten* nur dann hinzufügen oder streichen lassen, wenn Sie den Vertragsschutz am Ende der jährlichen *Versicherungsdauer* verlängern. Wenn beispielsweise das auf Ihrer *Versicherungsbescheinigung* angegebene Datum des Versicherungsbeginns der 1. Januar ist, können Sie einen neuen *Anspruchsberechtigten* nur mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Jahres hinzufügen oder entfernen.

8.2

Wenn jedoch ein entsprechendes *qualifizierendes Lebensereignis* vorliegt, können Sie andere Personen, die von diesem *qualifizierenden Lebensereignis* betroffen sind, als *Anspruchsberechtigten* für die *Versicherungsdauer* hinzufügen oder streichen lassen. Falls Sie einen neuen *Anspruchsberechtigten* auf dieser Grundlage hinzufügen oder streichen lassen möchten, müssen Sie uns ein ausgefülltes *Antragsformular* für diese Person zusenden.

Wir teilen Ihnen dann mit, ob wir dieser Person einen Versicherungsschutz anbieten, und falls dem so ist, alle gesonderten Bedingungen und Ausschlusskriterien, sowie zusätzliche Prämien, die in diesem Fall gelten. Der Versicherungsschutz für den neuen *Anspruchsberechtigten* gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Ihre Annahme bestätigen.

Wir übersenden Ihnen eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung*, um zu bestätigen, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

8.3

Sollte eine *Anspruchsberechtigte* ein Kind zur Welt bringen, können Sie das Neugeborene als *Anspruchsberechtigten* Ihrer bestehenden Versicherung vorbehaltlich einer zusätzlichen Prämie hinzufügen.

8.3.1

Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von zwölf (12) aufeinanderfolgenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen unter diesem *Vertrag* abgedeckt war

und das *Antragsformular* innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei *uns* eingeht, wird das Neugeborene keiner medizinischen Risikoprüfung unterzogen, und *wir* benötigen keine weiteren Informationen in Bezug auf die Gesundheit oder medizinische Untersuchung des Neugeborenen. Der Versicherungsschutz beginnt, wenn *wir* den Eingang des *Antragsformulars* bestätigen. *Wir* übersenden Ihnen eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung*, in der wir bestätigen, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

8.3.2

Wenn mindestens ein (1) Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) aufeinanderfolgenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen von diesem *Vertrag* abgedeckt war und das *Antragsformular* bei *uns* mehr als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen eingeht, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. *Wir* teilen Ihnen dann mit, ob *wir* das Neugeborene versichern können, und falls dem so ist, alle zutreffenden gesonderten Bedingungen und Ausschlüsse, die in diesem Fall gelten. Wenn Sie die angebotenen Bedingungen akzeptieren, beginnt der Versicherungsschutz, nachdem *wir* den Eingang des *Antragsformulars* bestätigt haben. *Wir* übersenden Ihnen eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung*, in der wir bestätigen, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

8.3.3

Wenn kein Elternteil für einen Zeitraum von mindestens zwölf (12) aufeinanderfolgenden Monaten vor der Geburt des Neugeborenen von diesem *Vertrag* abgedeckt war, wird das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen. *Wir* teilen Ihnen dann mit, ob *wir* das Neugeborene versichern können, und falls dem so ist, alle zutreffenden gesonderten Bedingungen und Ausschlüsse, die in diesem Fall gelten. Wenn Sie die angebotenen Bedingungen akzeptieren, beginnt der Versicherungsschutz, wenn *wir* den Eingang des *Antragsformulars* bestätigen. *Wir* übersenden Ihnen eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung*, in der wir bestätigen, dass der neue *Anspruchsberechtigte* hinzugefügt wurde.

9. Was umfasst der Versicherungsschutz?

9.1

Dieser *Vertrag* deckt bestimmte Leistungen oder Hilfsmittel ab, die durch einen *Arzt* empfohlen werden, und die von *uns* als *medizinisch notwendig* für die *Versorgung* und *Behandlung* einer *Verletzung* oder einer *Krankheit* erachtet werden.

9.2

Die Kosten, die abgedeckt werden, sind im *Kundenleitfaden* aufgeführt. Diese Kosten unterliegen den Einschränkungen und Ausschlüssen, die in den vorliegenden *Vertragsbedingungen*, im *Kundenleitfaden* und *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt werden.

9.3

Zusätzlich zu einer vorherigen Genehmigung einer *Behandlung* kann eine weitere Genehmigung für *Behandlungen* im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und einer *Entbindung* erforderlich sein, falls sich die Mutter zum Zeitpunkt der Behandlung außerhalb des *Landes Ihres gewöhnlichen Aufenthalts* befindet sollte.

9.4

Besondere Ausschlüsse, die auf einer persönlichen Basis auferlegt werden, können angewandt werden. Details zu diesen besonderen Ausschlüssen werden auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* angegeben. In einigen Fällen können *wir* nach *unserem* eigenen Ermessen gegen die Zahlung einer zusätzlichen Prämie auf einen Ausschluss verzichten. Dies wird zum Zeitpunkt *Ihres Versicherungsabschlusses vereinbart*.

9.5

Alle Erstattungen unterliegen den geltenden *Selbstbeteiligungen*, *Eigenanteilen* und *Abdeckungsgrenzen*, die in diesen *Vertragsbedingungen*, dem *Kundenleitfaden* und *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt sind.

9.6

Dieser *Vertrag* deckt keine Kosten in Bezug auf *Behandlungen* ab, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder nach Ende des Versicherungsschutzes erfolgen (selbst dann, wenn die *Behandlung* durch *uns* vor dem Ende des Versicherungsschutzes genehmigt wurde).

10. Versicherungsoptionen

10.1

Die verfügbaren *Leistungen der Internationale Krankenversicherung* (vorbehaltlich geltender Bestimmungen, Beschränkungen und Ausschlüsse) sind unter „Ihre Leistungen im Detail“ im *Kundenleitfaden* aufgeführt.

10.2

Sie können (gegen *Zahlung* einer zusätzlichen Prämie) eine (1) oder mehrere Versicherungsoptionen *auswählen*, die im Rahmen der *internationalen Krankenversicherung* angeboten werden. Bei *Auswahl* zusätzlicher Optionen gilt der zusätzliche Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* in *Ihrem Vertrag*.

10.2.1

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen;

10.2.2

Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte;

10.2.3

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden; und

10.2.4

Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz.

10.3

Einzelheiten zu diesen zusätzlichen Versicherungsschutzoptionen werden unter „Ihre Leistungen im Detail“ im *Kundenleitfaden* aufgeführt.

10.4

Versicherungsoptionen können nicht auf *Ihren Wunsch* hin während der *Versicherungsdauer* geändert werden. Wenn *Sie* Versicherungsoptionen hinzufügen oder entfernen lassen möchten, müssen *Sie uns* dies vor dem *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* mitteilen.

10.5

Falls *Sie* neue Versicherungsoptionen hinzufügen möchten, können *wir Sie* (und alle betroffenen *Anspruchsberechtigten*, falls zutreffend) bitten, weitere medizinische Informationen zu liefern und *uns* vorbehalten, neue besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse für die neuen Versicherungsoptionen geltend zu machen.

10.6

Sie können (sofern *Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts* nicht die USA ist) zwischen zwei (2) Deckungszonen wählen: (*Weltweit ausschließlich USA* und *Weltweit einschließlich USA*), um zu bestimmen, wo in der Welt die *Anspruchsberechtigten* abgedeckt sein sollen.

10.6.1

Die Deckungszone *Weltweit ausschließlich USA* bietet Schutz vorbehaltlich der Bedingungen des *Vertrags* zur *Behandlung* weltweit außer in den USA. Diese Option ist nicht verfügbar, wenn *Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts* die USA ist.

Die Anspruchsberechtigten verfügen über einen Schutz bei Notfallbehandlung auf *stationärer* oder *teilstationärer* Basis oder auf *ambulanter* Basis (sofern Sie die Option für internationale ambulante Behandlung in *Ihrem Vertrag* erworben haben) auf kurzzeitigen Geschäfts- und Urlaubsreisen, auch wenn derartige Reisen außerhalb *Ihres ausgewählten Versicherungsgebiets* erfolgen. Wie bei allen Notfallbehandlungen, falls Sie keinen zusätzlichen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen erworben haben, wird *Ihre* Notfallbehandlung nur abgedeckt, wenn dies zu einer Aufnahme im *Krankenhaus* führt. Dieser Versicherungsschutz ist auf einen maximalen Zeitraum von drei (3) Wochen pro Reise und auf maximal sechzig (60) Tage pro *Versicherungsdauer* für alle Reisen insgesamt beschränkt.

Der Versicherungsschutz unterliegt weiterhin den maximalen *Leistungen*, die in *Ihrem Kundenleitfaden* aufgeführt werden; alle *Eigenanteile* oder *Selbstbeteiligungen*, die bei Ihrem Vertrag ausgewählt werden, bleiben gültig.

Um für diese *Leistung* infrage zu kommen, darf der medizinische Zustand, der eine *Notfallbehandlung* erforderlich macht, nicht vor der Reise vorgelegen haben, der *Anspruchsberechtigte* darf keiner *Behandlung* unterliegen und muss frei von Symptomen sowie von jeglicher medizinischer Beratung zu seinem Zustand vor Antritt der Reise sein.

Der Erhalt der medizinischen *Behandlung* darf nicht das Ziel dieser Reise sein. Eine *Notfallbehandlung* ist nur anwendbar, wenn Sie nicht bereits über eine vom Staat vorgesehene Gesundheitsfürsorge in dem Land verfügen. Gebühren in Bezug auf Mutterschaft, Schwangerschaft, Geburt oder Komplikationen während der

Schwangerschaft und Geburt sind von dieser *Leistung* ausgeschlossen.

Die Prüfung der Einreise in dieses Land außerhalb *Ihres ausgewählten Versicherungsgebiet* wird ebenfalls verlangt, bevor die *Leistungen* unter dieser Versicherung bezahlt werden.

Dieser Versicherungsschutz endet, sobald die *Behandlung* Ergebnisse in einem stabilen Zustand aufweist.

10.6.2

Die Deckungszone *Weltweit einschließlich USA* bietet einen Versicherungsschutz für die *Behandlung* überall auf der Welt (einschließlich der USA), die den Bedingungen dieses *Vertrags* unterliegt.

11. Prämien und andere Gebühren

11.1

Ihre Versicherungsbescheinigung legt die Prämien und alle anderen Gebühren (wie z. B. Steuern) dar, die fällig werden, und gibt an, wann und wie sie bezahlt werden müssen.

11.2

Zahlungen müssen in der Währung und in der Weise erfolgen, wie sie in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* festgelegt sind.

11.3

Falls Sie oder jeder andere *Anspruchsberechtigte* sich keine vorherige Genehmigung für eine *Behandlung* einholen oder eine *Behandlung* in den USA in einem *Krankenhaus*, einer *Klinik* oder bei einem *praktischen Arzt* erhalten, die nicht Teil des *Cigna*-Netzwerks sind, werden wir unter Umständen nicht für *Ihre Behandlung* zahlen. Auf Seite 7 „**Im Krankheitsfall - Zusammenfassung**“ des *Kundenleitfadens* finden Sie Einzelheiten darüber, wie wir die Höhe der Abzüge *Ihrer* Schadenserstattungen berechnen. Eine Liste des *Cigna*-Netzwerks mit *Krankenhäusern*, *Kliniken* und *Ärzten* ist in *Ihrem* sicheren Online-Kundenbereich verfügbar.

11.4

Sie sind dafür verantwortlich, die Prämien und alle anderen Gebühren, wie sie auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* detailliert angegeben werden, zu bezahlen. Sie sind außerdem dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass diese Zahlungen rechtzeitig vorgenommen werden.

11.5

Wenn *Sie* die Prämie oder andere Gebühren bei Fälligkeit nicht bezahlen, werden *wir Sie* per E-Mail unverzüglich informieren und *Ihren* Vertrag aussetzen, d. h. der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* wird ausgesetzt. Wenn die Zahlung vorgenommen wird, wird der *Vertrag* wieder in Kraft gesetzt. *Wir* werden keine *Behandlung* genehmigen, während der *Vertrag* ausgesetzt ist. *Wir* werden keine Forderung begleichen, während eine Zahlung an *uns* aussteht, bis der ausstehende Betrag bezahlt ist.

Wenn nach dreißig (30) Tagen der Betrag immer noch aussteht, werden *wir Sie* anschreiben und *Sie* darüber informieren, dass der *Vertrag* storniert wurde. Das Stornierungsdatum wird an dem Tag wirksam, an dem die erste ausstehende Zahlung fällig wurde.

Wenn *Sie* den ausstehenden Betrag innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Datum, an dem die erste Zahlung fällig wurde, begleichen, werden *wir Ihren* Versicherungsschutz wiederherstellen.

11.6

Die Prämien und/oder andere Gebühren können von Jahr zu Jahr schwanken. *Wir* werden *Sie* vor dem *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* anschreiben, um *Ihnen* die Prämie oder andere Gebühren mitzuteilen, die während der nächsten *Versicherungsdauer* angewandt werden.

12. Selbstbeteiligung

12.1

Wir werden die Rückerstattung, die *wir* für die Kosten der *Behandlung* im Hinblick auf jede Forderung, die gemäß der Internationalen privaten Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls anwendbar) um den Betrag einer jedweden *Selbstbeteiligung* reduzieren, bis die *Selbstbeteiligung* für die *Versicherungsdauer* erreicht wird. *Wir* haben die Handhabung der *Selbstbeteiligung* unter „**Selbstbeteiligung, Eigenleistung und Maximale Zuzahlung**“ auf Seite 14 im *Kundenleitfaden* aufgeführt.

12.2

Sie sind für die Zahlung jedes *Selbstbeteiligungs-*Betrags direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik* oder den *Arzt* verantwortlich. *Wir teilen Ihnen* die Höhe dieses Betrags mit.

12.3

Sie können jedes Jahr eine Änderung an der *Selbstbeteiligung* mit Wirkung ab *Ihrem jährlichen Verlängerungszeitpunkt* beantragen. Falls *Sie die Selbstbeteiligung Ihrer* Krankenversicherung löschen oder verringern möchten, können *wir* ggf. verlangen, dass *Sie uns* weitere medizinische Informationen mitteilen (einschließlich medizinische Informationen jedes *Anspruchsberechtigten*, sofern zutreffend). Ferner können *wir* uns aufgrund der Informationen, die *Sie uns* übermittelt haben, besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorbehalten.

12.4

Keine *Selbstbeteiligung* wird bei Barleistungen stationärer Patienten oder „Pflegeleistungen für Neugeborene“ angewandt.

13. Eigenanteil

13.1

Wenn ein *Eigenanteil* bei der *Internationalen Krankenversicherung* ausgewählt wird, ziehen *wir* von dem von *uns* zu zahlenden Betrag für *Behandlungen* den Prozentsatz des *Eigenanteils* ab. Der *Prozentanteil des Eigenanteils* ist der Anteil an den Kosten der *Behandlung*, der nicht von *uns* übernommen wird; der von *Ihnen* unter dieser *Eigenanteils-Vereinbarung* zahlbare Betrag wird durch die *maximale Zuzahlung*, die *Sie für eine (1) Versicherungsdauer* ausgewählt haben, gekappt.

13.2

Wenn ein *Eigenanteil* beim Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen ausgewählt wird, werden *wir* den Betrag, den *wir* für die Kosten der *Behandlung* zahlen, um den Prozentanteil des *Eigenanteils* reduzieren. Der *Prozentanteil des Eigenanteils* führt zu einem Anteil an den Kosten der *Behandlung*, der nicht von *uns* übernommen wird; diese Kosten werden durch die *maximale Zuzahlung*, die *Sie für eine (1) Versicherungsdauer* ausgewählt haben, gekappt.

13.3

Die *maximale Zuzahlung* und der *Eigenanteil* gelten jeweils für jeden *Anspruchsberechtigten* und für jede *Versicherungsdauer*.

13.4

Sie können auswählen, ob ein *Eigenanteil* für die *Internationale private Krankenversicherung* oder den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gelten soll. Wenn *Sie*

dies möchten, wird *Ihre* Prämie geringer sein, als dies andernfalls der Fall wäre. Wenn *Sie* einen *Eigenanteil* anwenden möchten, müssen *Sie uns* dies in *Ihrem Antragsformular* mitteilen. Wenn *Sie* einen *Eigenanteil* möchten, müssen *Sie* auch eine entsprechende *maximale Zuzahlung* wählen.

13.5

Wenn *Sie* sich sowohl für eine *Selbstbeteiligung*, als auch für einen *Eigenanteil* entscheiden, wird der von *Ihnen* im Zusammenhang mit der *Selbstbeteiligung* zahlbare Betrag vor dem von *Ihnen* in Verbindung mit dem *Eigenanteil* zahlbaren Betrag errechnet. Siehe Klausel 12 für weitere Informationen in Bezug auf *Selbstbeteiligungen*.

13.6

Sie sind für die Zahlung jedweden *Eigenanteils* direkt an das *Krankenhaus*, die *Klinik* oder den *Arzt* verantwortlich. Die Höhe *Ihrer* Zahlung hängt vom Prozentsatz der gewählten *Eigenbeteiligung* ab sowie vom jeweiligen Versicherungsschutz, den *Sie* bei *uns* gewählt haben. Im Kundenleitfaden *haben wir* auf Seite 14 die *Eigenbeteiligung* im Abschnitt „**Selbstbeteiligung, Eigenbeteiligung und maximale Zuzahlung**“ erläutert. *Wir* werden den End- und Gesamtbetrag errechnen, den *Sie* als *Eigenanteil* tragen und *wir* werden *Ihnen* diesen Betrag schnellstmöglich mitteilen.

13.7

Sie können jedes Jahr eine Änderung des *Eigenanteils* und der *maximalen Zuzahlung* mit Wirkung ab *Ihrem jährlichen Verlängerungszeitpunkt* beantragen. Falls *Sie die Eigenbeteiligung oder die maximale Zuzahlung Ihrer* Krankenversicherung löschen oder verringern möchten, können *wir* ggf. verlangen, dass *Sie uns* weitere medizinische Informationen mitteilen (einschließlich medizinische Informationen jedes *Anspruchsberechtigten*, sofern zutreffend). Ferner können *wir uns* aufgrund der Informationen, *die Sie uns* übermittelt haben, besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorbehalten.

14. Beendigung des Versicherungsschutzes

14.1

Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen können *wir* diesen *Vertrag* kündigen, wenn:

14.1.1

eine Prämie oder andere Gebühren (einschließlich fälliger Steuern) nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Fälligkeitsdatum vollständig beglichen wurde/wurden. *Wir* werden *Sie* schriftlich informieren, wenn *wir* den *Vertrag* aus diesen Gründen kündigen; oder

14.1.2

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

14.1.3

ein *Anspruchsberechtigter* auf einer Liste festgestellt wird, die finanzielle Sanktionen gegenüber bestimmten Personen oder Organisation auferlegt und vom Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, dem Amt zur Kontrolle von Auslandsvermögen oder jeder anderen zuständigen Gerichtsbarkeit. Des Weiteren erstatten *wir* keine Leistungen, die in sanktionierten Ländern erbracht wurden, falls eine solche Handlung gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amts zur Kontrolle von Auslandsvermögen verstoßen würde; oder

14.1.4

wir den begründeten Verdacht hegen, dass *Sie* bei der Antragstellung für diesen *Vertrag* oder bei der Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen des Vertrags vorsätzlich oder fahrlässig falsche Informationen mitgeteilt haben, von denen *Sie* wissen oder annehmen müssen, dass diese falsch oder unkorrekt sind, oder wenn *Sie* es versäumen, Informationen mitzuteilen, die *wir* verlangt haben; oder

14.1.5

wir nicht mehr auf dem Markt vertreten sind, um den *Vertrag* oder eine geeignete Alternative in Ihrer geographischen Region zu verkaufen.

14.2

Falls *Sie* diesen *Vertrag* kündigen und den Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* beenden möchten, können *Sie* dies jederzeit tun, indem *Sie uns* mindestens sieben (7) Tage davor schriftlich informieren.

14.3

Bezüglich des Zeitraums nach Ende *Ihres* Versicherungsschutzes gilt: Wenn *Ihr Vertrag* gemäß Klausel 14.1.4 beendet wurde, findet Abschnitt 5.4 dieser *Vertragsbedingungen* keine Anwendung und *wir* werden *Ihnen* möglicherweise keine Prämien erstatten oder Schadenserstattungen gewähren, die *Sie* unter *Ihrem Vertrag* beantragt haben.

14.4

Falls die *Behandlung* genehmigt wurde, und sofern keine *Zahlungsgarantie* für eine *Behandlung* abgegeben wurde, übernimmt *Cigna* keinerlei Haftung für *Behandlungskosten*, wenn der *Vertrag* endet oder ein *Anspruchsberechtigter* den *Vertrag* kündigt, bevor die *Behandlung* stattgefunden hat.

14.5

Sollte einer der unter Klausel 14 aufgeführten Umstände eintreten, werden *wir*, soweit möglich, *Sie* mindestens einen (1) Monat vor dem *Ablaufdatum* schriftlich benachrichtigen, dass der *Vertrag* nach dem *Ablaufdatum* nicht verlängert wird.

15. Ihre Angaben

Bei unserer Entscheidung, diesen *Vertrag* anzunehmen sowie Bedingungen und Prämien festzulegen, haben *wir uns* auf die Angaben verlassen, die *Sie uns* gemacht haben. *Sie* sollten alle Fragen, die *wir* Ihnen stellen, sorgfältig beantworten und sicherstellen, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Sollten *wir* feststellen, dass *Sie* vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder irreführende Angaben gemacht haben, könnte dies den *Vertrag* oder jegliche Schadenserstattungen negativ beeinflussen. Beispielsweise können *wir*:

- > diesen *Vertrag* als nichtig ansehen und die Zahlung von Schadenserstattungen oder Prämienrückzahlungen verweigern. *Wir* werden diese Maßnahme nur ergreifen, wenn *wir Ihnen* einen Versicherungsschutz angeboten haben, den *wir* ansonsten nicht gewährt hätten;
- > die Bedingungen *Ihrer* Versicherung ändern. *Wir* können diese geänderten Bedingungen so anwenden, als wären diese bereits zum Zeitpunkt gültig gewesen, als der Schaden durch *Ihre* Fahrlässigkeit negativ beeinflusst wurde; oder

- > *Ihren Vertrag* stornieren.

Wir werden *Sie* schriftlich informieren, falls *wir*:

- > beabsichtigen, diesen *Vertrag* als nichtig zu betrachten; oder
- > *wir* die Bedingungen *Ihres Vertrags* ändern müssen.

Sollten *Sie* Kenntnis erhalten, dass Angaben, die *Sie* gemacht haben, inkorrekt sind, sollten *Sie uns* schnellstmöglich darüber informieren. Die Kontaktdaten haben *wir* in diesen *Vertragsbedingungen* hinterlegt.

16. Betrug

16.1

Jeder *Anspruchsberechtigte*, der wissentlich und mit dem Vorsatz, eine beliebige Versicherung oder andere Personen zu betrügen: 1. einen Versicherungs- oder Erstattungsantrag stellt, der sachlich falsche Angaben enthält oder 2. mit der Absicht einer Irreführung Informationen über wesentlichen Fakten verschweigt, begeht einen Versicherungsbetrug, der eine strafbare Handlung darstellt.

16.2

16.2.1

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

- a) nicht verpflichtet, Schadenserstattungen zu leisten;
- b) berechtigt, vom *Anspruchsberechtigten* jede von *uns* in diesem Schadenfall gezahlte Summe zurückzufordern;
- c) berechtigt, den *Anspruchsberechtigten* zu informieren, dass der Vertrag mit Wirkung der betrügerischen Handlung beendet wurde.

16.2.2

Sollten *wir unser* Recht gemäß Klausel 16.2.1 (c) geltend machen:

- a) sind *wir* dem *Anspruchsberechtigten* gegenüber nicht verantwortlich hinsichtlich berechtigter Ereignisse, die nach der betrügerischen Handlung auftreten. Ein berechtigtes Ereignis bezieht sich auf *unsere* Haftung unter

diesem *Vertrag* (z. B. Verlust, Meldung eines Schadens oder Benachrichtigung über einen potentiellen Schaden); und

b) sind *wir* nicht gehalten, gezahlte Prämien zurückzuerstatten.

16.2.3

Wenn dieser *Vertrag* Versicherungsschutz für andere *Anspruchsberechtigte* außer *Ihnen* bietet („eine versicherte Person“) und ein betrügerischer Anspruch auf Schadenserstattungen unter diesem *Vertrag* im Namen der versicherten Person gestellt wird, können *wir* gemäß Klausel 16.2.1 unser Recht geltend machen und dies als Versicherung einer Einzelperson zwischen *uns* und der versicherten Person ansehen. Die Ausübung dieses Rechts wird aber nicht den Versicherungsschutz eines jeden anderen *Anspruchsberechtigten* unter diesem *Vertrag* betreffen.

Die Klausel 16.2 beabsichtigt keinesfalls, die Position gemäß Insurance Act 2015 zu beeinflussen.

17. Änderungen des gewöhnlichen Aufenthaltslandes, der Adresse und Staatsbürgerschaft

17.1

Dieser *Vertrag* wird nur *Anspruchsberechtigten* angeboten, bei denen es sich um *im Ausland lebende Personen* handelt. Daher deckt dieser *Vertrag* nur die Kosten einer *Behandlung* im *Land der Staatsangehörigkeit des Anspruchsberechtigten*, wenn sich der *Anspruchsberechtigte* vorübergehend im *Land seiner Staatsangehörigkeit* aufhält. Dieser Aufenthalt darf insgesamt nicht mehr als einhundertachtzig (180) Tage je *Versicherungsdauer* betragen, und das *Land der Staatsangehörigkeit* muss innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* liegen.

Wir behalten uns das Recht vor, alle Erstattungsanträge des *Anspruchsberechtigten* im *Land der Staatsangehörigkeit* zu prüfen und in Fällen, in denen *wir* Kenntnis oder Grund zur Annahme haben, dass der *Anspruchsberechtigte* sich während der *Versicherungsdauer* insgesamt länger als hundertachtzig (180) Tage im *Land der Staatsangehörigkeit* aufhält oder dies beabsichtigt. In solchen Fällen können *wir* möglicherweise nicht länger davon ausgehen, dass es sich bei dem *Anspruchsberechtigten* um eine *im Ausland lebende Personen* handelt, da

diese für einen längeren Zeitraum in das *Land der Staatsangehörigkeit* zurückgekehrt ist und *wir* die Zahlung jeglicher Schadenserstattungen oder jeglicher *Zahlungsgarantie* verweigern können.

17.2

Falls ein *Anspruchsberechtigter* aufhört, eine *im Ausland lebende Person zu sein* (ob als Ergebnis der Änderung der Staatsbürgerschaft oder *Änderung* des Landes des gewöhnlichen Aufenthalts), können Sie:

17.2.1

den *Vertrag* in Kraft lassen; oder

17.2.2

den *Vertrag* durch schriftliche Mitteilung kündigen, mit der Folge, dass der Versicherungsschutz für alle *Anspruchsberechtigten* endet. Alle Prämien, die für den Zeitraum nach Beendigung gezahlt wurden, werden erstattet, sofern diese sich nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem *wir* Versicherungsschutz gewährt haben, sofern *wir* keine Erstattungsanträge bezahlt oder *Zahlungsgarantien* für die *Versicherungsdauer* abgegeben haben.

17.3

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* das *Land des gewöhnlichen Aufenthalts* wechselt, müssen *Sie uns* schnellstmöglich informieren, spätestens jedoch innerhalb von dreißig (30) Tagen. *Wir* behalten uns das Recht vor, *Sie* von Zeit zu Zeit um weitere Informationen bezüglich Änderungen *Ihres* oder *jedes anderen Anspruchsberechtigten des Aufenthaltslandes* zu bitten. Bitte beachten Sie, dass eine Änderung *Ihres* oder *jedes anderen Anspruchsberechtigten Landes des gewöhnlichen Wohnsitzes* dazu führen kann, dass *Ihr* Beitrag steigt oder zusätzliche Steuern anfallen, was bedeutet, dass *Sie* ggf. eine zusätzliche Beitragszahlung vornehmen oder *Ihre* monatlichen oder vierteljährlichen Zahlungen erhöhen können. Falls die Prämie steigt, gewähren *wir Ihnen* das Recht, den *Versicherungsvertrag* gemäß Klausel 14.2, unter Berücksichtigung von Klausel 14.3 und 14.4, zu kündigen. Bitte beachten Sie, dass die *Versicherung* von einer anderen *Cigna Group Company* gestellt werden kann.

17.4

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

17.5

Wir senden jeden Bescheid und jede Mitteilung in Bezug auf diese *Versicherung* an Ihre Postanschrift oder E-Mail-Adresse, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben. Falls Sie sich dafür entschieden haben, Ihre Vertragsdokumente elektronisch zu empfangen, werden wir diese in Ihren sicheren Online-Kundenbereich stellen.

17.6

Sie sind dazu verpflichtet uns zu informieren, falls *Anspruchsberechtigte* die Adresse, das Land des gewöhnlichen Aufenthalts oder die Staatsbürgerschaft ändern. Wir senden Ihnen dann eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* über den von Ihnen gewählten Kanal (Postanschrift, die Sie mitgeteilt haben, oder Ihr sicherer Online-Kundenbereich).

18. Wie nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf

Wenn wir mit Ihnen in Bezug auf diesen *Versicherungsvertrag* Kontakt aufnehmen müssen, oder wenn wir Sie darüber informieren müssen, dass wir diesen *Vertrag* abändern oder kündigen werden, werden wir Sie über Ihre Postanschrift oder E-Mail-Adresse, die Sie uns gegeben haben, hierüber in Kenntnis setzen.

19. Wie nehmen Sie mit uns Kontakt auf

Unter bestimmten Umständen, die in diesen Bestimmungen erläutert werden, kann es erforderlich werden, dass Sie uns schriftlich kontaktieren. In einem derartigen Fall schreiben Sie uns bitte an die folgende Adresse:

Cigna Global Health Options
Customer Care Team
1 Knowe Road
Greenock
Schottland
PA15 4RJ

oder senden Sie uns eine E-Mail an:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

Sie können außerdem rund um die Uhr unser Kundendienstteam anrufen: +44 1475-788-182 oder innerhalb der USA unter 800-835-7677.

20. Vertragsanpassungen

20.1

Keine andere Person außer einem leitenden Mitarbeiter von Cigna ist befugt, diesen *Vertrag* zu ändern oder Bedingungen in unserem Namen zu streichen. So sind z. B. Außendienstmitarbeiter, Makler oder andere Vermittler nicht befugt, die Bedingungen dieses *Vertrags* zu ändern oder zu erweitern.

20.2

Wir behalten uns das Recht vor, Änderungen an diesem *Vertrag* vorzunehmen, wenn dies zur Einhaltung der entsprechenden Gesetze und Bestimmungen notwendig ist. In diesem Fall werden wir Sie anschreiben und über die Änderung informieren.

20.3

Wir behalten uns das Recht vor, bei der Verlängerung Änderungen an den Bestimmungen des Versicherungsschutzes vorzunehmen. Wir werden Ihnen mindestens einen Kalendermonat im Voraus Bescheid geben. Die Änderungen treten dann zum *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* in Kraft.

20.4

Falls besondere Ausschlusskriterien bei einem *Anspruchsberechtigten* angewandt wurden, kann es Fälle geben, in denen wir zu einem zukünftigen *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* prüfen können, ob wir bereit sind, dieses Ausschlusskriterium zu streichen. Zu diesem Zeitpunkt prüfen wir auch die zusätzliche Prämie (falls zutreffend), die wir angewandt haben, um diese Erkrankung zu versichern.

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

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

21. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?

Nur *wir* und *Sie* verfügen über die gesetzlichen Rechte im Zusammenhang mit diesem *Vertrag*. Eine Person, die nicht Partei dieses *Vertrags* ist, hat gemäß Contract Act 1999 (Rechte Dritter) kein Recht, eine Bestimmung dieses Vertrags durchzusetzen. Dies berührt jedoch nicht das Recht oder Rechtsmittel einer dritten Partei, die außerhalb dieses Gesetzes bestehen oder verfügbar sind.

22. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* als Folge eines Unfalls oder einer vorsätzlichen Handlung, für die ein Dritter die Schuld trägt, eine *Behandlung* benötigt, werden *wir* (oder jede Person oder jedes Unternehmen, die/das *wir* benennen) das Recht des *Anspruchsberechtigten*, die Kosten für diese *Behandlung* vom schuldigen Dritten (oder seinem Versicherungsunternehmen) einzufordern, wahrnehmen. Wenn *wir* einen *Anspruchsberechtigten* bitten, dies zu tun, muss er alle Schritte unternehmen, um die Höhe der *Leistung*, die von *uns* im Rahmen dieser *Versicherung* in einem Anspruch gegenüber dem Verursacher, (oder dessen Versicherungsunternehmen) verlangt wird, mit einzubeziehen. Der *Anspruchsberechtigte* muss alle Dokumente oder Unterlagen unterschrieben zustellen und alle anderen Maßnahmen ergreifen, die *wir* zur Sicherung *unserer* Rechte benötigen. Der *Anspruchsberechtigte* darf keine Maßnahmen ergreifen, die diese Rechte schädigen oder beeinträchtigen könnten. *Wir* können im Namen eines *Anspruchsberechtigten* zu *unserem* eigenen Nutzen jeden Erstattungsantrag übernehmen, verteidigen oder regeln oder diesbezüglich rechtliche Schritte einleiten. *Wir* treffen die Entscheidung über die Verfahrensweise bei allen Prozessen oder Vergleichsverhandlungen.

23. Sonstige Versicherungen

Falls ein anderes Versicherungsunternehmen ebenfalls einen Versicherungsschutz bietet, verhandeln *wir* mit diesen den Anteil, den jedes Versicherungsunternehmen am jeweiligen Erstattungsantrag übernimmt.

24. Datenschutz

24.1

Bei der Bewertung *Ihres Antragsformulars*, der Vertragsgestaltung und im Rahmen der *Ihnen* gewährten *Versicherung* sammeln, verarbeiten und teilen *wir* bestimmte personenbezogene Daten über *Sie*. *Uns* ist *Ihre* Privatsphäre sehr wichtig. *Wir* werden *Ihre* Angaben in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen, einschließlich der allgemeinen Datenschutzbestimmungen der Verordnung (EU 2016/679) sowie aller Anleitungen oder Verhaltensrichtlinien in Bezug auf den Schutz *personenbezogener Daten* aufbewahren. Weitere Informationen finden Sie in *unserer* Datenschutzerklärung, die *wir* ggf. von Zeit zu Zeit aktualisieren.

24.2

Cigna wird zum Zweck der Schadensabwicklung den *Anspruchsberechtigten* oder die *Anspruchsberechtigten* um *besondere Daten* bitten, die sich auf seine oder ihre Krankheiten, Vorerkrankungen, gesundheitliche Verfassung und *Behandlungen* beziehen.

25. Sprache

Sie haben darum gebeten, dass alle *Vertragsdokumente* und sämtliche Mitteilungen in Bezug auf diese *Versicherung* auf Deutsch bereitgestellt werden. Alle derartigen Dokumente und Mitteilungen werden nur auf Deutsch verfasst.

26. Aufsichtsrechtliche Informationen

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

27. Beschwerden

27.1

Jede Beschwerde sollte zunächst an *uns* gesendet werden an:

Cigna Global Health Options
Customer Care Team
1 Knowe Road
Greenock
Schottland
PA15 4RJ

27.2

Falls die Beschwerde nicht geklärt wird, können Sie sich bei einer der folgenden Schiedsstelle beschweren:

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35, boîte 6
1000 Bruxelles

Ombudsman van de Verzekeringen
de Meeûsquare 35, bus 6
1000 Brussel

Telephone: +32 (2) 547 58 71

Fax: +32 (2) 547 59 75

E-Mail: info@ombudsman.as

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London
E14 9SR

Telefon: 0800-0-234-567 oder außerhalb von

GB: +44 (0) 2079 640 500

E-Mail: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

27.3

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

28. Geltendes Recht und Gerichtsstand

28.1

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

28.2

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

ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN



Dies sind *Ihre* allgemeinen Ausschlusskriterien. Wir verweisen auch auf die *Liste der Leistungen*, die im *Kundenleitfaden* detailliert aufgeführt werden, einschließlich des Hinweisabschnitts für weitere Einschränkungen oder Ausschlüsse, die in Verbindung mit diesen allgemeinen Ausschlusskriterien gelten. Wir verweisen auch auf *Ihre Versicherungsbescheinigung* für besondere Ausschlüsse, die zutreffen können.

1.

Für den *Vertrag* gelten die folgenden allgemeinen Ausschlusskriterien:

1.1

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

1.2

Wir sichern *Sie* nicht ab und nehmen keine Erstattungen vor, wenn dies geltende Handelsbeschränkungen verletzen würde, einschließlich, aber nicht hierauf beschränkt, Einschränkungen, die durch das United States Department of Treasury's Office of Foreign Assets Control, die Europäische Kommission oder das Sanktionskomitee des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen auferlegt werden.

1.3

Wir nehmen keine Erstattungen vor, wenn *wir* einen begründeten Verdacht hegen, dass die Erstattungsanträge mit betrügerischer Absicht eingereicht werden. Weitere Einzelheiten finden Sie unter Abschnitt 16.

1.4

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

1.5

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* keinen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, für den Krankentransport, für Gesundheit und Wohlbefinden oder für zahn- und augenärztliche Behandlungen besitzt, decken *wir* keine der *Behandlungen* oder andere *Leistungen*, die unter diesen Optionen verfügbar sind.

1.6

Die folgenden Ausschlüsse gelten für *Ihren Vertrag*. Ist in den nachfolgenden Ausschlusskriterien angegeben, dass *wir* für eine *Behandlung* unter bestimmten Umständen zahlen, hängt dies davon ab, ob der *Anspruchsberechtigte* über einen Versicherungsschutz gemäß der/den entsprechenden Deckungsoption(en) verfügt.

1.7

Wir übernehmen keine Kosten für:

1.7.1

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

1.7.2

Behandlung :

- a) eine *vorab bestehende Erkrankung*; oder
- b) Erkrankungen oder Symptome, die sich aus einer *vorab bestehenden Krankheit* ergeben oder mit ihr in Verbindung stehen.

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

1.7.3

Behandlung von Erkrankungen, die einem besonderen Ausschlusskriterium unterliegen. Besondere Ausschlüsse werden in *Ihrer Versicherungsbescheinigung* aufgeführt.

1.7.4

Nicht medizinisch notwendige Aufnahmen oder Aufenthalte im *Krankenhaus*, unter anderem in den nachstehenden Fällen:

- > *Behandlungen*, die *teilstationär* oder *ambulant* erfolgen können;
- > Zeit der Genesung nach einer Krankheit oder ärztlichen *Behandlung* (außer, wenn dies ausdrücklich im *Vertrag* erwähnt wird);
- > Aufnahmen und Aufenthalte aus sozialen oder häuslichen Gründen; z. B. Waschen, Ankleiden und Baden.

1.7.5

Kosten für einen *Aufenthalt im Krankenhaus* in einem luxuriösen Krankenzimmer oder einer VIP-Suite.

1.7.6

Spenderorgane:

- a) mechanische oder tierische Organe, es sei denn, ein mechanisches Gerät wird lediglich über einen bestimmten Zeitraum, während auf die Transplantation gewartet wird, genutzt, um die Körperfunktionen aufrechtzuerhalten;
- b) Kauf eines Spenderorgans von einer beliebigen Quelle; oder
- c) Entnahme und Lagerung von Stammzellen, als eine Präventivmaßnahme gegen eine mögliche zukünftige Krankheit.

1.7.7

Operationen beim Fötus, d. h. *Behandlungen* oder *Operationen*, die im Mutterleib vor der Geburt vorgenommen werden, sofern diese nicht infolge von Schwangerschaftskomplikationen auftreten. Diese unterliegen den Beschränkungen, die im Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ *Ihres Vertrags* aufgeführt sind, sofern Versicherungsschutz besteht.

1.7.8

Fußbehandlungen durch einen Fußpfleger oder Podologen.

1.7.9

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

- > eine (1) Schlafstudie; und
- > die Anmietung von Geräten wie z. B. einer Überdruckmaske (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) (falls der *Anspruchsberechtigte* über einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügt).

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

1.7.10

Behandlungen durch:

- a) einen *Arzt*, der durch die zuständigen Behörden in dem Land, in dem die *Behandlung* erbracht wird, nicht als Spezialist oder Experte für die *Behandlung*, Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* anerkannt ist, die behandelt wird;
- b) einen *Arzt*, einen *Therapeuten*, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder Einrichtung, denen *wir* schriftlich mitgeteilt haben, dass *wir* sie nicht länger als einen Dienstleister für die *Behandlung* anerkennen. Details über Personen, Institutionen und Organisation, denen *wir* eine entsprechende Mitteilung gegeben haben, können durch einen Anruf bei *unserem* Kundendienstteam eingeholt werden; oder
- c) einen *Arzt*, einen *Therapeuten*, ein *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder Einrichtung, die nach *unserer* vertretbaren Ansicht entweder nicht ordnungsgemäß qualifiziert oder befugt ist, um die *Behandlung* zu erbringen, oder die nicht kompetent ist, um die *Behandlung* anzubieten.

1.7.11

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

1.7.12

Behandlungen von und in Verbindung mit einer Raucherentwöhnung.

1.7.13

Behandlungen, die durch einen Konflikt oder eine Katastrophe entstanden sind, insbesondere, jedoch nicht abschließend, durch:

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

wenn der *Anteilsberechtigter*:

- > sich selbst in Gefahr begeben hat, indem er in eine Region eingereist ist, die als Gefahrenregion bekannt ist (wie durch die Regierung in *dem Land Ihrer Staatsangehörigkeit* festgestellt, z. B. das britische Außenministerium);
- > aktiv am Konflikt teilgenommen hat; oder
- > seine eigene Sicherheit eklatant missachtet hat.

1.7.14

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

1.7.15

Behandlungen für eine oder in Verbindung mit einer Sprachtherapie, die nicht der Heilung dient, oder falls eine solche Therapie:

- a) dazu verwendet wird, um die Sprachfähigkeiten zu verbessern, die nicht voll entwickelt sind;
- b) als Erziehungsmaßnahme angesehen werden kann; oder
- c) darauf abzielt, die Sprachkommunikation aufrechtzuerhalten.

1.7.16

Entwicklungsstörungen einschließlich:

- a) Lernschwierigkeiten, wie z. B. Dyslexie;
- b) Autismus oder Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS);

- c) physische Entwicklungsprobleme, wie z. B. Kleinwüchsigkeit.

1.7.17

Kiefergelenkerkrankungen.

1.7.18

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

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

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

1.7.19

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

1.7.20

Gebühren für einen Wohnaufenthalt in *Krankenhäusern*, die ganz oder teilweise aus häuslichen Gründen arrangiert werden oder wo keine *Behandlung* notwendig ist oder wo das *Krankenhaus* zum Wohnsitz oder dauerhaften Aufenthaltsort geworden ist.

1.7.21

Behandlung einer mit einer Abhängigkeitsstörung im Zusammenhang stehenden Erkrankung.

1.7.22

Behandlung einer durch den Konsum oder Missbrauch von Substanzen oder Alkohol entstandenen Erkrankung.

1.7.23

Behandlungen, die im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung für Männer oder Frauen erforderlich ist, insbesondere:

- a) chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
 - > Vasektomie, Sterilisation oder Implantate;
- b) nicht-chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
 - > Pille oder Kondome;
- c) Familienplanung, und zwar:
 - > Aufsuchen eines *Arztes*, um die Schwangerschaft oder die Empfängnisverhütung zu besprechen.

1.7.24

Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit (abgesehen von *Behandlungen* bis zum Punkt der Diagnose), Fruchtbarkeits-*Behandlungen* jedweder Art oder eine *Behandlung* bei Komplikationen, die aufgrund einer solchen *Behandlung* entstanden sind. Dies umfasst unter anderem:

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

Wir zahlen für Untersuchungen der Ursache einer Unfruchtbarkeit, wenn:

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

1.7.25

Behandlung aufgrund des absichtlichen Schwangerschaftsabbruchs, sofern die

Schwangerschaft nicht das Leben der *Anspruchsberechtigten* oder ihre mentale Stabilität gefährdet.

1.7.26

Behandlung in direktem Bezug auf Leihmutterschaft. *Wir* zahlen keine *Mutterschaftsleistungen*:

- a) an eine *Anspruchsberechtigte*, die als Leihmutter fungiert; oder
- b) an eine andere Person, die als Leihmutter für eine *Anspruchsberechtigte* fungiert.

1.7.27

„Versorgungsleistungen für Neugeborene“ für Kinder, die als Ergebnis einer Fruchtbarkeits-*Behandlung* geboren werden, wie z. B. IVF, oder für Kinder, die von einer Leihmutter geboren wurden, oder die adoptiert wurden. Der Versicherungsschutz dieser Kinder beginnt erst neunzig (90) Tage nach der Geburt. Die Kinder werden dann einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.

1.7.28

Betreuung für ein Neugeborenes im *Krankenhaus*, sofern die Mutter nicht aufgrund einer *medizinisch notwendigen Behandlung*, die durch diesen *Vertrag* abgedeckt ist, im *Krankenhaus* bleiben muss.

1.7.29

Behandlung für mehr als neunzig (90) aufeinanderfolgende Tage für einen *Anspruchsberechtigten*, der einen dauerhaften neurologischen Schaden erlitten hat und/oder sich im *Wachkoma* befindet.

1.7.30

Behandlung von Persönlichkeits- und/oder Charakterstörungen, einschließlich von:

- a) affektiven Persönlichkeitsstörungen;
- b) schizoiden Persönlichkeitsstörungen; oder
- c) histrionischen Persönlichkeitsstörungen.

1.7.31

Präventive *Behandlungen*, einschließlich von Gesundheitschecks und Impfungen (sofern diese *Behandlung* nicht unter einer der Optionen verfügbar ist, für die der *Anspruchsberechtigte* über einen Versicherungsschutz verfügt).

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

- a) eine signifikante familiäre Vorbelastung in Bezug auf eine Erkrankung hat, die Teil eines vererbaren *Krebs-Syndroms* ist (wie z. B. *Eierstockkrebs*); und
- b) einen genetischen Test hat durchführen lassen, durch den das Vorhandensein eines erblichen *Krebs-Syndroms* nachgewiesen wurde. (Bitte beachten Sie, dass wir keine Kosten für genetische Tests übernehmen).

Im Rahmen der *Internationalen Krankenversicherung* gelten die Beschränkungen für präventive Operationen in Bezug auf angeborene Erkrankungen mit Ausnahme von *Krebserkrankungen*.

1.7.32

Behandlungen funktioneller Sexualstörungen (wie z. B. Impotenz) oder anderer sexueller Probleme, unabhängig von der Ursache.

1.7.33

Behandlungen in den USA, sofern der *Anspruchsberechtigte* die Option *Weltweit einschließlich USA* in diesem Vertrag erworben hat oder die *Behandlungen* über die Bedingungen für Notfallbehandlungen außerhalb des Versicherungsgebiets abgedeckt sind.

1.7.34

Behandlungen in den USA (sofern die Option *Weltweit einschließlich USA* erworben wurde), wenn wir wissen oder begründeter Weise annehmen, dass der Versicherungsschutz erworben wurde und der *Anspruchsberechtigte* zum Zwecke einer *Behandlung* in die USA reiste.

1.7.35

Behandlungen, von Refraktionsfehlern eines Auges oder beider Augen, insbesondere *Laserbehandlungen*, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie. Wir übernehmen die Kosten für *Behandlungen* zur Korrektur oder Wiederherstellung des Sehvermögens, sofern dies aufgrund einer Krankheit, einer Erkrankung oder einer *Verletzung* erforderlich ist (wie z. B. Katarakte oder eine abgelöste Netzhaut).

1.7.36

Alle *Behandlungen* außerhalb Ihres ausgewählten Versicherungsgebiets, sofern die *Behandlungen* nicht über die Bedingungen für Notfallbehandlungen außerhalb des Versicherungsgebiets abgedeckt sind.

1.7.37

Reisekosten in Verbindung mit den *Behandlungen* einschließlich aller Fahrtkosten für Taxis oder Busse, sofern nicht anderweitig vereinbart, und Ausgaben wie z. B. Kraftstoff oder Parkgebühren.

1.7.38

Alle Kosten für internationale Notfalldienste, die nicht vorab durch den *medizinischen Assistenzdienst* genehmigt wurden, soweit dieser verfügbar ist.

1.7.39

Kosten für *internationale Dienste* im Rahmen von Notfallevakuierungen, für den Rücktransport ins Heimatland und für den Transport Dritter, wenn die erforderliche *Behandlung* unter diesem Vertrag nicht abgedeckt ist.

1.7.40

Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

1.7.41

Operationen zur Geschlechtsumwandlung, einschließlich optionaler Verfahren und aller medizinischen oder psychologischen Beratung vor oder nach einer solcher *Operation*.

1.7.42

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

- a) Teilnahme an einer Sportveranstaltung auf professioneller Basis;
- b) Solosporttauchen; oder
- c) Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als dreißig (30) Metern, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht entsprechend qualifiziert ist (PADI-Qualifikation oder gleichwertig), um in dieser Tiefe einen Tauchgang durchzuführen.

1.7.43

Behandlungen, die (nach unserer begründeten Ansicht) experimenteller Natur sind, nicht konventionell sind, oder deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde. Dies beinhaltet unter anderem:

- a) *Behandlungen* im Rahmen klinischer Studien;

- b) *Behandlungen*, die durch die entsprechende Gesundheitsbehörde des Landes, in dem sie durchgeführt werden, nicht genehmigt sind; oder
- c) sämtliche Medikamente oder Arzneimittel, die für einen Zweck verschreiben wurden, für den diese in dem Land nicht lizenziert und zugelassen sind.

1.7.44

Jede Form von plastischer, *kosmetischer* oder rekonstruktiver *Behandlung*, deren Zweck es ist, das Erscheinungsbild zu ändern oder zu verbessern, selbst wenn dies aus psychologischen Gründen geschieht, sofern diese *Behandlung* nicht *medizinisch notwendig* ist und das direkte Ergebnis einer Erkrankung oder einer *Verletzung* ist, die der *Anspruchsberechtigte* erlitten hat, oder die das Ergebnis eines *chirurgischen Eingriffs* ist. Dies beinhaltet unter anderem:

- a) Facelifts (Rhytidektomie);
- b) Nasenkorrektur (Rhinoplastie);
- c) Fettabsaugung und andere Verfahren, um Fettgewebe zu entfernen;
- d) Haarverpflanzungen; und
- e) *Operationen* um die Form von Brüsten zu verändern, sie zu vergrößern oder zu verkleinern (im Gegensatz zu einer Brustrekonstruktion nach einer *Behandlung* aufgrund einer *Krebserkrankung*).

Wir zahlen nur für plastische, *kosmetische* oder rekonstruktive *Behandlungen*, falls die Erkrankung, *Verletzung* oder *Operation*, die eine *Behandlung* erforderlich machen, während der ununterbrochenen *Versicherungsdauer* des *Anspruchsberechtigten* stattfand und selbst durch den *Vertrag* abgedeckt ist.

1.7.45

Hilfsmittel, insbesondere Hörgeräte und Brillen (sofern nicht der internationale Augen- und zahnärztliche Versicherungsschutz ausgewählt ist), die nicht Bestandteil unserer Definition von *chirurgischen Hilfsmitteln* und/oder *medizinischen Hilfsmitteln Anwendungen* sind.

1.7.46

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

1.7.47

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

1.7.48

Kosten, die durch ein Versicherungsunternehmen, eine Person, eine Organisation oder ein öffentliches Programm bezahlt wurden oder bezahlt werden können. Falls ein *Anspruchsberechtigter* durch eine andere Versicherung abgedeckt wird, behalten *wir* uns vor, nur einen Teil der *Behandlungskosten* bezahlen. Falls eine andere Person, Organisation oder ein öffentliches Programm für die Zahlung der Kosten für die *Behandlung* verantwortlich ist, können *wir* alle Kosten, die *wir* bezahlt haben, zurückfordern.

1.7.49

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

ABSCHNITT 3: DEFINITIONEN



Die Worte und Begriffe, die nachfolgend aufgeführt sind, haben die genannten Bedeutungen. Dort, wo die Worte und Begriffe mit diesen Bedeutungen verwendet werden, erscheinen sie in diesen *Vertragsbedingungen* sowie im *Kundenleitfaden* in Kursivdruck, einschließlich der *Liste der Leistungen*. Soweit nicht anderweitig vorgegeben, beinhaltet der Singular den Plural und die männliche Form beinhaltet die weibliche Form und umgekehrt.

A

„Ablaufdatum“ - das Datum, zu dem ein Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* endet, wie auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben.

„Aktive Behandlung“ - *Behandlung*, die darauf abzielt, eine *Krebserkrankung* zurückzudrängen oder die Ausbreitung der Krankheit zu verlangsamen. Dies schließt eine *Behandlung* aus, die nur zur Linderung der Symptome durchgeführt werden soll.

„Akut“ - eine Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung*, bei der die *Behandlung* wahrscheinlich schnell eine Wirkung zeigen wird und die darauf abzielt, beim Anspruchsberechtigten den ursprünglichen Gesundheitszustand wiederherzustellen, in dem er sich unmittelbar vor der Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung* befand, oder die zu seiner vollständigen Genesung führen.

„Ambulanter Patient“ - ein Patient, der ein *Krankenhaus*, ein Sprechzimmer oder eine ambulante *Klinik* für die *Behandlung* aufsucht und nicht als *teilstationär* oder *stationär* aufgenommen wird.

„Angeborene Erkrankung“ - jede Abnormalität, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit, oder *Verletzung* die bei der Geburt vorliegt, unabhängig davon, ob diagnostiziert oder nicht.

„Angemessene Altersstufen“ - Geburt, zwei (2) Monate, vier (4) Monate, sechs (6) Monate, neun (9) Monate, zwölf (12) Monate, fünfzehn (15) Monate, achtzehn (18) Monate, zwei (2) Jahre, drei (3) Jahre, vier (4) Jahre, fünf (5) Jahre und sechs (6) Jahre.

„Anspruchsberechtigten“, „Anspruchsberechtigter“ - die Person, deren Namen auf *ihre Versicherungsbescheinigung* als Versicherter im Rahmen dieses *Vertrags* sowie Neugeborene, die automatisch unter dem Schutz dieses *Vertrags* unter Klausel 8.3.

„Antragsformular“ - Antragsformular *des Versicherungsnehmers* (unabhängig davon, ob es direkt bei *uns* über einen Versicherungsvertreter, online oder über unsere Telefonverkäufer eingegangen ist) sowie sämtliche Erklärungen, die der Versicherungsnehmer bei der Eintragung über sich oder alle *Anspruchsberechtigten* macht, die in diesem Antragsformular aufgeführt sind.

„Arzt“ - ein Mediziner, der über einen entsprechenden Doktorgrad verfügt und gemäß den Gesetzen des Landes, Staates oder des regulierten Gebietes, in dem die *Behandlung* vorgenommen wird, registriert und lizenziert ist.

„Aufenthaltsland“ - das Land, in dem ein *Anspruchsberechtigter* üblicherweise wohnhaft ist, wie in *Ihrem Antrag* angegeben.

„Ausgewähltes Versicherungsgebiet“ - bedeutet entweder:

- > *Weltweit einschließlich der USA*; oder
- > *Weltweit ausschließlich der USA*.

B

„Behandlung“ - jede chirurgische oder medizinische Behandlung, die durch einen *Arzt* überwacht wird und *medizinisch notwendig* ist, um eine Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung* zu diagnostizieren, zu heilen oder maßgeblich zu lindern.

„Berechtigte weibliche Person“ - eine Versicherungsnehmerin oder Anspruchsberechtigte.

„Bereits bestehende Erkrankung“ - jede Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung*, oder Symptome in Verbindung mit einer solchen Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung* für die Folgendes gilt:

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

vor dem *ursprünglichen Datum* des Versicherungsbeginns.

C

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

„Chirurgische(s) Hilfsmittel“, „Medizinische(s) Hilfsmittel“ - bedeutet entweder:

- > ein künstliches Gliedmaß, eine Prothese oder ein Gerät oder Werkzeug, das/die zum Zweck oder in Verbindung mit einer *Operation* erforderlich ist oder
- > ein künstliches Gerät oder eine Prothese, das/die für die *Behandlung* umgehend nach einer *Operation* notwendig ist, solange dies *medizinisch notwendig* ist oder

- > eine Prothese oder ein Gerät, die/das *medizinisch notwendig* und als Teil des Genesungsprozesses *kurzfristig* ist.

„Cigna“, „wir“, „uns“, „unser“, „der Versicherer“ - Der Abschnitt „Wichtige Informationen“ auf Seite 3 dieser *Vertragsbedingungen* enthält Einzelheiten zum Unternehmen von Cigna, das für Ihren *Vertrag* zuständig ist.

D

„Datum des Versicherungsbeginns“ - das Datum, an dem der Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* beginnt, wie in der *Versicherungsbescheinigung* angegeben.

„Diagnostischer Tests“ - Untersuchungen wie z. B. Röntgen- oder Blutuntersuchungen, um die Ursache für die Symptome des *Anspruchsberechtigten* zu ermitteln oder dabei behilflich zu sein.

E

„Eigenanteil nach Selbstbeteiligung“, „Eigenanteil“ - ist der Prozentsatz jedes Anspruchs, den ein *Anspruchsberechtigter* selbst zahlen muss, nachdem die *Selbstbeteiligung* bezahlt wurde. Für die *Internationale Krankenversicherung* und den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen kann ein je gesonderter Eigenanteil gelten. Diese sind gegebenenfalls in der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt.

„Entgiftung“ - *Behandlung* bei Entzugserscheinungen nach der missbräuchlichen Einnahme von Drogen, Alkohol oder bei dem durch einen *Anspruchsberechtigten*. Darunter fallen Ausnüchterung, Medikation, Flüssigkeiten und Ernährungsumstellung, die erforderlich sind, um den Körper zu stabilisieren.

„Ergänzender Therapeut“ -

Ein Akupunkteur, Homöopath oder Praktiker für chinesische Heilkunde, der entsprechend qualifiziert und befugt ist, in dem Land, in dem die *Behandlung* vorgenommen wird, zu praktizieren.

„Erstes Datum des Versicherungsbeginns“ -

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

„Evidenzbasierte Behandlung“ -

Behandlung die erforscht, geprüft und anerkannt wurde durch:

- > das National Institute for Health and Clinical Excellence (Nationales Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz) oder
- > das *Cigna Medical Team* oder
- > eine andere Einrichtung, die durch das *Cigna Medical Team* anerkannt wird.

F

„**Facharzt**“ - ein *Arzt* der als solcher im Rahmen der Gesetze des Landes, des Staates oder eines anderen geregelten Bereiches registriert ist, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, und nur für die empfohlene *Behandlung*.

G

„Gesunder natürlicher Zahn/gesunde natürliche Zähne“

ein Zahn, der für den Zweck des Kauens und Sprechens normal funktioniert und der kein Zahnimplantat ist. Bei einem derartigen Zahn/derartigen Zähnen darf es zu keinem der folgenden Ereignisse gekommen sein:

- > Karies oder Füllung,
- > Zahnfleischerkrankung aufgrund von Knochenschwund,
- > Wurzelkanal *behandlung*.

H

„**Häusliche Pflege**“ - Besuche einer *qualifizierten Pflegekraft* in der Wohnung des *Anspruchsberechtigten*, um ihn bis zu dreißig (30) Tage professionell zu pflegen:

- > unmittelbar nach der *Behandlung im Krankenhaus*, soweit *medizinisch notwendig* und
- > Krankenhausbesuche zu einer *Behandlung* die normalerweise in einem *Krankenhaus* erbracht würde.

Die häusliche Pflege ist nur dann versichert, wenn der *Spezialist*, der den *Anspruchsberechtigten* behandelt hat, solche Dienste empfohlen hat.

I

„**Im Ausland lebende Person**“ - ein *Anspruchsberechtigter*, der außerhalb des *Herkunftslandes* lebt.

„**Intensivbehandlung**“ - eine Fachabteilung in einem *Krankenhaus* die eine intensivmedizinische *Behandlung* bietet, z. B. die Intensivstation, die Station für Intensivtherapie oder eine Station für Intensivbehandlung.

„Internationale Dienste“ -

Dienstleistungen, die durch den *medizinischen Assistenzdienst* organisiert werden.

„**Internationale Krankenversicherungsplan**“ - ist der Hauptversicherungsschutz, der allen *Anspruchsberechtigten* unter diesem *Vertrag* zur Verfügung gestellt wird.

J

„Jährlicher Verlängerungszeitpunkt“

- der Jahrestag des *Datums des Versicherungsbeginns*.

K

„Klinik(en)“ - eine Einrichtung zur Gesundheitsfürsorge, die in dem Land, in dem sie sich befindet, registriert oder lizenziert ist, vor allem zur *ambulanten* Behandlung von Patienten, und wo die Versorgung oder Überwachung durch einen *Arzt* erfolgt.

„Konventionell“ - wenn es in Verbindung mit einem Verfahren oder einer *Behandlung* verwendet wurde, „konventionell“ bedeutet, dass die betreffende *Behandlung* in dem Land, in dem sie durchgeführt wird, zum Zeitpunkt des Beginns des Verfahrens oder der *Behandlung*, medizinisch anerkannt ist, also von zahlreichen angesehenen und kompetenten *Ärzten*, die in dem betreffenden Bereich der Medizin erfahren sind, anerkannt ist.

„Kosmetik“ - Dienstleistungen, Verfahren oder Gegenstände, die vornehmlich für ästhetische Zwecke bereitgestellt werden und die nicht erforderlich sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

„Krankenhaus“ - jede Einrichtung oder Institution, die als ein medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus in dem Land registriert ist, in dem es sich befindet und in dem der *Anspruchsberechtigte* von einem *Arzt* oder *qualifizierten Pflegekraftstationär* gepflegt und überwacht wird.

„Krankheit“ - eine körperliche oder mentale Krankheit, einschließlich einer Krankheit, die durch oder im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft entstanden ist.

„Krebs“ - bösartige Tumore, Gewebe oder Zellen, die durch ein unkontrolliertes Wachstum sowie Ausbreitung von bösartigen Zellen und durch eine Invasion von Gewebe charakterisiert sind.

„Kundenleitfaden“ - enthält die *Liste der Leistungen* und Informationen zur Rückerstattung und stellt einen Bestandteil des *Vertrags* dar.

„Kurzzeitig“ - bedeutet einen Zeitraum, der der Genesungszeit entspricht, die für eine *Behandlung* erforderlich ist und durch den behandelnden *Arzt* mit Genehmigung *unseres* medizinischen Direktors angeordnet wird.

L

„Leistungen (en)“ - alle Leistungen, die auf der *Liste der Leistungen* aufgeführt sind.

„Liste der Leistungen“ - die Liste der *Leistungen*, die in *Ihre Kundenleitfaden*, einschließlich aller Anmerkungen aufgeführt sind.

M

„Maximale Zuzahlung“ - der Höchstbetrag des *Eigenanteils* gemäß der *Internationalen Krankenversicherung* und dem Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, der vom *Anspruchsberechtigten* während der *Versicherungsdauer* gezahlt werden muss. Dieser Betrag wird gegebenenfalls in der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt. Dies gilt nur für Beträge, die in Bezug auf den *Eigenanteil* im Rahmen der *Internationalen Krankenversicherung* gezahlt wurden, oder für Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen. S Beträge, die aufgrund einer *Selbstbeteiligung*; wegen Überschreitung der Deckungsgrenzen; für eine *Behandlung*, die nicht durch *Ihren* Versicherungsplan abgedeckt ist; oder die aufgrund von Strafzahlungen für das Nichteinholen einer vorherigen Genehmigung oder für die Verwendung von Anbietern außerhalb des Netzwerkes in den *USA*, bezahlt wurden, werden bei der Berechnung der maximalen Zuzahlung nicht berücksichtigt.

„Medizinischer Assistenzdienst“ - ein Dienst, der medizinische Beratung, Transport, Unterstützung und die Rückführung ins Heimatland bietet. Dieser Dienst kann mehrsprachig sein und steht rund um die Uhr zur Verfügung.

„Medizinisch notwendig/medizinische Notwendigkeit“ - durch die Versicherung abgedeckte medizinisch notwendige Leistungen und Hilfsmittel, von denen das *medizinische Team* bestimmt, dass sie:

- > erforderlich sind, um eine Krankheit, *Verletzung*, Erkrankung oder deren Symptome zu diagnostizieren oder zu behandeln,

- > *konventionell* und in Übereinstimmung mit den allgemein anerkannten medizinischen Verfahrensstandards sind,
- > klinisch angemessen sind in Bezug auf die Art, Häufigkeit, das Ausmaß, den Ort und die Dauer,
- > nicht vornehmlich als Annehmlichkeit für einen *Anspruchsberechtigten*, Mediziner oder ein anderes *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder einen *Arzterbracht* werden und
- > mit möglichst geringem Aufwand erbracht wurden, der für die Leistungen und Hilfsmittel angemessen ist.

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

„Medizinisches Team“ - bezeichnet *unser* klinisches Team und/oder den *medizinischen Assistenzdienst*.

„Mundgesundheit“ - ein für einen Patienten angemessener Standard der Mundgesundheit der Zähne, ihrer Stützstrukturen und anderer Gewebe des Mundes und der zahnmedizinischen Effizienz, die dem Schutz seiner allgemeinen Gesundheit dienen, in Übereinstimmung mit einem Standard, der für einen *Zahnarzt* mit durchschnittlicher Kompetenz und Fähigkeit im *Aufenthaltsland* des Patienten akzeptabel ist.

„Mutterschaftsleistung“ - *Leistungen*, die in Bezug auf alle Aspekte einer Schwangerschaft oder Geburt gemäß der Internationalen Versicherung und dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügbar sind, einschließlich aller Komplikationen für jede *berechtigte weibliche Person*, die von diesem *Vertrag* abgedeckt wird, mit Ausnahme von den folgenden Dingen:

- > *Behandlung* zur absichtlichen Beendigung der Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben oder die mentale Stabilität der Mutter gefährdet und
- > Kinderbetreuung für ein Neugeborenes im *Krankenhaus*, sofern die Mutter nicht aufgrund einer *medizinisch notwendigen* für *Behandlung* die durch diesen *Vertrag* abgedeckt ist, im *Krankenhaus* bleiben muss.

N

„Notfallbehandlung“ - *Behandlung*, die *medizinisch notwendig* ist, um die unmittelbaren und erheblichen Auswirkungen von Krankheiten und *Verletzungen* oder Erkrankungen zu vermeiden, die, wenn sie nicht behandelt werden, zu einer erheblichen Verschlechterung der Gesundheit führen können. Nur die *medizinische Behandlung* durch einen *Arzt* oder *Mediziner* und eine stationäre Aufnahme, die innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis beginnt, sind versichert.

O

„Operation(en)“ - jedes Verfahren, das im *Verzeichnis chirurgischer Eingriffe* als eine Operation aufgelistet wird.

P

„Palliative Pflege“ - *Behandlung*, die eine Erkrankung nicht heilt oder wesentlich verbessert, sondern verabreicht wird, um die Symptome zu lindern.

„Personenbezogene Daten“ - jegliche Daten zu einer identifizierten oder identifizierbaren Person.

„Praktischer Arzt“ - ein *Arzt* oder *Facharzt*, der nicht unter dieser *Richtlinie* abgedeckt ist, oder ein Familienmitglied eines *Anspruchsberechtigten*.

Q

„Qualifizierendes Lebensereignis“ bedeutet:

- > Eheschließung oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- > Beginn des Zusammenlebens mit einem Partner,
- > Scheidung oder Trennung,
- > Geburt eines Kindes,
- > rechtsgültige Adoption eines Kindes oder
- > Tod eines Ehegatten, Partners oder Kindes.

Wir können einen Nachweis für das oben genannte Ereignis verlangen.

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

R

„Rehabilitation“ - Physio-, Sprach- oder Ergotherapie im Rahmen einer *Behandlung*, die auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des *Anspruchsberechtigten* nach einem *akuten* Vorfall ausgerichtet ist.

S

„Selbstbeteiligung“ - der Betrag eines Anspruchs, den ein *Anspruchsberechtigter* selbst bezahlen muss. Dies wird gegebenenfalls auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben, falls gewählt.

„Sie, Ihr, Ihrer, Ihres, Ihre, Ihrem, Ihre“ - der Versicherungsnehmer.

„Sonderkategoriedaten“

personenbezogene Daten, die die ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen oder Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische Daten, biometrische Daten zum Zwecke der eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Daten zur Gesundheit und Daten über das Sexualleben oder die sexuelle Ausrichtung einer Person enthalten.

„Staatsbürgerschaft“ - jedes Land, dessen Staatsbürger oder Untertan ein *Anspruchsberechtigter* ist, wie in *Ihrem Antrag* angegeben.

„Stationärer Patient“ - ein Patient, der in ein *Krankenhaus* aufgenommen wird, und der über Nacht oder eine längeren Zeit aus medizinischen Gründen ein Bett belegt.

T

„Teilstationär“ - ein Patient, der in ein *Krankenhaus* oder eine Tagesklinik oder eine andere medizinische Einrichtung zur *Behandlung* oder aufgrund der Notwendigkeit eines Zeitraums der Erholung unter medizinischer Überwachung aufgenommen wird, der aber kein Bett für die Übernachtung in Anspruch nimmt.

„Teilstationäre Behandlung“ - Versorgung, die die Aufnahme ins *Hospital* und die Nutzung eines Bettes aber keine Übernachtung umfasst. In Bezug auf die Aufnahmen in den *USA* umfasst dies auch chirurgische Verfahren, die in der Praxis des *Arztes* durchgeführt werden.

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

U

„USA“ - Vereinigte Staaten von Amerika.

V

„Verletzung“ - eine physische Verletzung.

„Versicherung“ - der Schutz, den wir den Anspruchsberechtigten gemäß den Bestimmungen, Bedingungen, Begrenzungen und Ausschlüssen, die in diesen *Vertragsbedingungen*, dem *Kundenleitfaden* und *Ihrer Versicherungsbescheinigung* festgelegt sind, gewähren.

„Versicherungsbescheinigung“ - die Bescheinigung, die für den *Versicherungsnehmer* ausgestellt wird. Sie enthält die *Versicherungsnummer*, das *Datum des Versicherungsbeginns*, die *Höhe der Selbstbeteiligung* (falls ausgewählt), die *Höhe der Umlage* (falls ausgewählt), die *maximale Zuzahlung* (falls ausgewählt), Details zu den versicherten Personen sowie sämtliche gesonderten Ausschlusskriterien oder gegen eine Sonderzahlung entfernte *Ausschlusskriterien und geltende Leistungen* oder Ausschlüsse, die bei einer zusätzlichen Prämie entfernt worden sind und die geltenden *Leistungen*.

„Versicherungsdauer“ - der Zeitraum von zwölf (12) zusammenhängenden Monaten, in denen die *Anspruchsberechtigten* unter diesem *Vertrag* versichert sind, ab dem *Datum des Versicherungsbeginns* bis zum *Ablaufdatum*, wie auf der *Versicherungsbescheinigung* angegeben, oder früher, falls in Übereinstimmung mit den *Vertragsbedingungen* gekündigt wird.

„Versicherungsnehmer“ - eine Person, die ein *Antragsformular* bei uns eingereicht hat, das schriftlich durch uns, angenommen wurde, und der die Prämie gemäß dieses *Vertrags* zahlt.

„Vertrag“ - der Vertrag, der diese *Vertragsbedingungen*, den *Kundenleitfaden* (der die *Liste der Leistungen* und Informationen zu Forderungen enthält), und *Ihre Versicherungsbescheinigung* umfasst.

„Vertragsbedingungen“ - die Bestimmungen der *Richtlinie*, in denen die „Allgemeinen Ausschlusskriterien“ und „Definitionen“ enthalten sind.

„Vertragsdokumente“ - die Dokumentation in Bezug auf die *Versicherung*, einschließlich dieser *Vertragsbedingungen*, des *Kundenleitfadens*, *ihrer Versicherungsbescheinigung*, des *Cigna Erstattungsformulars* und *Ihrer Cigna ID-Karte*.

„Verzeichnis chirurgischer Eingriffe“ - die aktuelle Liste der chirurgischen Verfahren, die durch *unseren Chief Medical Officer* genehmigt wurden.

W

„Wachkoma“ - ein *Anspruchsberechtigter* der für mindestens neunzig (90) zusammenhängende Tage im Wachkoma liegt. Als Wachkoma wird ein Zustand bezeichnet, die durch eine *Verletzung*, Krankheit oder Erkrankung hervorgerufen wird, bei der der *Anspruchsberechtigte* sein Bewusstsein verloren hat, zwar bei Reizen Muskel- und Nervenreflexe, jedoch keine gezielten Bewegungen aufweist, die ein Bewusstsein über sich selbst und die Umgebung vermuten lassen würden; von diesem Zustand erholt sich ein Patient aller medizinischen Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr.

„Weltweit ausschließlich USA“ - alle Länder mit Ausnahme der *USA*.

„Weltweit einschließlich USA“ - alle Länder auf der ganzen Welt und das Meer, ausschließlich jedes Land, mit dem zum Zeitpunkt des Anfangsdatums dieser *Behandlung* die Bundesregierung der *USA* den Handel in dem Maße untersagt hat, dass Zahlungen gegen geltendes Recht verstoßen.

Z

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

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

„Zahnbehandlung“ - alle zahnärztliche Eingriffe oder Leistungen, die:

- > für eine andauernde *Mundgesundheit* und
- > von einem *Zahnarzt*, ausgeführt oder persönlich überwacht werden, einschließlich Verfahren durch einen Zahnhygieniker und
- > auf der *Liste der Leistungen* aufgeführt sind oder, obwohl nicht auf der *Liste der Leistungen* aufgeführt, durch *uns* als Verfahren oder Behandlungen anerkannt werden, die die üblichen zahnärztlichen Standards erfüllen, die durch anerkannte, verantwortliche und entscheidende Institutionen für zahnärztliche Ansichten mit Erfahrung im entsprechenden Bereich der Zahnmedizin bestätigt sind.

„Zahnmedizinischer Notfall“ - liegt dort vor, wo extreme Schmerzen, die nicht durch Schmerzmittel gelindert werden können, oder Gesichtsschwellungen oder unkontrollierte Blutungen nach einer Extraktion auftreten und dies außerhalb der Praxiszeiten des üblichen Zahnarztes des *Patienten* erfolgt oder falls der *Anspruchsberechtigte* sich an einem Ort aufhält, der weit entfernt ist von der Zahnarztpraxis, die er normalerweise besucht. Die *Behandlung*, die in einem solchen Fall abgedeckt wird, ist ausschließlich auf die Stabilisierung des Problems und die Linderung der schweren Schmerzen beschränkt.

„Zahnverletzung“ - *Verletzung* eines *gesunden natürlichen Zahns*, die durch einen extraoralen Einfluss verursacht wird. Die *Behandlung* von Zahnimplantaten, Kronen oder Schienen wird üblicherweise nicht abgedeckt, sofern *Sie* keinen Versicherungsschutz für zahn- und augenärztliche Behandlungen erworben haben und den Bedingungen, die in diesem *Vertrag* dargelegt werden, unterliegen.

Together, all the way.SM



„Cigna“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch Cigna Corporation und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen, nicht jedoch 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. © 2018 Cigna