



**INDIVIDUELLE  
VERSICHERUNGEN VON  
CIGNA GLOBAL**

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**





**STELLEN SIE SICH  
INDIVIDUELL DIE  
KRANKENVERSICHERUNG  
ZUSAMMEN, DIE IHREN  
BEDÜRFNISSEN UND DENEN  
IHRER FAMILIE ENTSPRICHT.**

# KRANKENVERSICHERUNGEN FÜR IM AUSLAND LEBENDE PERSONEN

Wie für jeden der vielen Millionen Auswanderer, die den grossen Schritt wagen und in ein anderes Land ziehen, ist es wichtig, für möglichst viele Aspekte des neuen Lebens eine beruhigende Lösung zu finden.

Cigna ist spezialisiert auf Krankenversicherungen für Auswanderer wie Sie und kann so die bestmögliche Versorgung für Sie gewährleisten, wann immer diese benötigt wird.

Gegenwärtig bieten wir Krankenversicherungen für Kunden in über 200 Ländern und Gebieten an, Auswanderer durch ein Netzwerk von über 1 Million Krankenhäusern und Ärzten weltweit unterstützen zu können.

Mit Cigna können Sie eine Police zusammenstellen, die genau auf Sie und Ihre Familie zugeschnitten ist.

Wir bieten drei unterschiedliche Tarife an, die durch eine Vielzahl von Zusatzleistungen ergänzt werden können.

Lesen Sie weiter, um herauszufinden, was wir Ihnen bieten können.



## INHALT

Gründe für eine Versicherung bei Cigna Global	4
Gründe, aus denen wir Ihre beste Wahl sind	5
Anleitung zur Zusammenstellung Ihrer Versicherung	6
Erläuterung der Begriffe Selbstbeteiligung, Eigenanteil und maximale Zuzahlung	8
Leistungen im Detail	10
Online-Kundenbereich	34
Ihr Reisesicherheitsbegleiter	35
Unser Versprechen an Sie	36

# WARUM SIE SICH FÜR EINE GLOBALE KRANKENVERSICHERUNG VON CIGNA ENTSCHEIDEN SOLLTEN

## Unser Auftrag

Wir sehen unsere Aufgabe, der wir mit Leidenschaft nachgehen, darin, unsere Kunden bei der Stärkung ihrer Gesundheit, ihres Wohlbefindens und ihres Sicherheitsgefühls zu unterstützen.

## Gründe, sich für uns zu entscheiden

Unsere Kunden entscheiden sich für uns, weil Cigna ihnen die folgenden Vorteile bietet:

- > Zugang zu unserem Netzwerk zuverlässiger Krankenhäuser, Ärzte und weiterer Gesundheitsdienstleister
- > Die Flexibilität, eine Versicherung exakt an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen
- > Die Gewissheit, dass unser Kundendienstteam zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar ist
- > Die Sicherheit, die unsere Erfahrung auf dem internationalen Krankenversicherungssektor bietet
- > Zugang zu unserem einzigartigen Globalen Gesundheitsprogramm zur vollständigen medizinischen Versorgung

## Gründe, aus denen Sie uns brauchen könnten

Es gibt viele unterschiedliche Gründe, aus denen Sie ggf. eine Versicherung von Cigna Global brauchen. Um nur einige zu nennen:

- > Die Qualität des Gesundheitswesens in Ihrem Land entspricht nicht Ihren Standards oder Bedürfnissen
- > Oder es gibt zwar eine gute Gesundheitsversorgung, aber sie ist zu teuer
- > Sie empfinden das Gesundheitswesen in Ihrem Land als verwirrend oder haben Probleme aufgrund von sprachlichen oder kulturellen Barrieren
- > In dem Land, in dem Sie wohnen, ist eine internationale private Krankenversicherung erforderlich



# GRÜNDE, AUS DENEN WIR IHRE BESTE WAHL SIND

## Die Erfahrung der Cigna

Wir bieten schon seit vielen Jahren weltweit Krankenversicherungen an. Heute unterhalten wir 86 Millionen Kundenbeziehungen in über 200 Ländern und Hoheitsgebieten. Um all diese Kunden kümmern sich ein internationales Team mit 37.000 Mitarbeitern und ein medizinisches Netzwerk, das mehr als 1 Million Partnerschaften, einschließlich 89.000 Fachkräften für verhaltensorientierte Gesundheitsfürsorge umfasst, sowie 11.400 Gesundheitseinrichtungen und Kliniken.

## Vertrauen Sie Ihre Gesundheit dem richtigen Partner an



Entscheidung über Ihren Antrag innerhalb von 24 Stunden



Flexibilität, eine Versicherung exakt an Ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen



Sicherer Online-Kundenbereich



Mehrsprachige Vertriebs- und Servicekompetenz



Zumeist direkte Abrechnung mit dem Dienstleister



Auswahlmöglichkeit, ob Sie Ihre Vertragsdokumente online oder per Post erhalten möchten



**SEHR EINFACHER PROZESS UM DEN VERTRAG ZU BEKOMMEN DEN WIR BENÖTIGTEN. MITARBEITER BEANTWORTETE ALLE UNSERE FRAGEN UND SORGTE DAFÜR, DASS WIR DAS PRODUKT ERHIELTEN WELCHES UNS AM BESTEN PASSTE.**

Umfrage zur Kundenzufriedenheit im Januar 2017



# ANLEITUNG ZUR ZUSAMMENSTELLUNG IHRER VERSICHERUNG

Bei Cigna eine umfassende, maßgeschneiderte Versicherung zusammenzustellen ist ganz leicht. Dank der Flexibilität unseres Angebots wählen und bezahlen Sie nur die Leistungen, die Sie benötigen. Unsere Versicherungen umfassen drei Deckungsstufen: Silver, Gold und Platinum. Bei jeder Versicherung ist die internationale Krankenversicherung inbegriffen. Je nach Bedarf und Standort stehen zwei Versicherungsregionen zur Auswahl: Weltweit einschließlich USA und weltweit mit Ausnahme der USA.

Außerdem können Sie zusätzliche weitere, optionale Module auswählen, unter anderem einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlung, medizinische Evakuierung, Gesundheit und Wohlbefinden, sowie augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen. Diese Optionen bieten

Ihnen die Flexibilität, eine exakt auf Ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Krankenversicherung zusammenzustellen.

Des Weiteren bieten wir eine Reihe von Selbstbeteiligungs- und Eigenanteils-Optionen in Verbindung mit der internationalen Krankenversicherung und dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlung, damit Sie Ihre Versicherung exakt Ihrem Budget anpassen können.

Auf der nächsten Seite wird grafisch dargestellt, wie die Krankenversicherungen von Cigna Global funktionieren.



Bei Cigna Global eine umfassende, maßgeschneiderte Versicherung zusammenzustellen, ist ganz leicht.

## 1 WÄHLEN SIE IHRE BASISVERSICHERUNG – INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Beginnen Sie mit einer unserer Basisversicherungen für stationäre Leistungen, die unbedingt erforderliche Krankenhausaufenthalte und -behandlungen abdeckt, darunter unter anderem folgende Punkte:

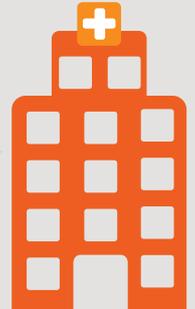
- > Kosten für Operationen und ärztliche Konsultationen
- > Krankenhausunterbringung
- > Krebsbehandlungen

### Jährliche Leistungen

Bis zum maximalen Betrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer

Wählen Sie zwischen zwei Versicherungsregionen:

- > Weltweit einschließlich USA
- > Weltweit ohne USA



<b>SILVER:</b>	1.000.000 \$/800.000 €/650.000 £
<b>GOLD:</b>	2.000.000 \$/1.600.000 €/1.300.000 £
<b>PLATINUM:</b>	Unbegrenzt

## 2 OPTIONALE MODULE HINZUFÜGEN

### Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Umfassendere ambulante Versorgung bei Behandlungen, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern. Einschließlich Medikamenten, die auf ambulanter Basis verordnet werden, Verbandsmaterial und vielem mehr.



### Internationaler Versicherungsschutz für die medizinische Evakuierung

Unser internationaler Versicherungsschutz für die medizinische Evakuierung ermöglicht dem Anspruchsberechtigten in dem Fall, dass in einem Notfall vor Ort keine Behandlung verfügbar ist, die Rückkehr in das Land, in dem er seinen Wohnsitz hat oder dessen Staatsangehöriger er ist.



### Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Übernehmen Sie bei Ihrer eigenen Gesundheitsversorgung selbst die Initiative. Der Versicherungsschutz umfasst Früherkennungsuntersuchungen, Tests auf häufige Krankheiten und Gewissheit und Beruhigung verschaffende Routineuntersuchungen.



### Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz

Augenärztlicher Versicherungsschutz und eine Reihe vorbeugender, routinemäßiger und wichtiger zahnärztlicher Behandlungen.



## 3 VERWALTEN SIE IHREN VERSICHERUNGSBEITRAG



### Wählen Sie nach Bedarf eine Selbstbeteiligung oder einen Eigenanteil\*.

Eine ausführliche Beschreibung und ein Beispiel dafür, wie Selbstbeteiligung und Eigenanteil funktionieren, finden Sie auf Seite 8.

\* Dabei handelt es sich um den freiwilligen, von Ihnen zur Zahlung gewählten Betrag, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist.

## 4 ZAHLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR IHRE VERSICHERUNG

Sie können Ihre Beiträge monatlich, vierteljährlich oder jährlich zahlen. Sie können mit Kreditkarte oder per Lastschrift zahlen oder, wenn Sie jährlich zahlen, Ihren Beitrag überweisen.



# ERLÄUTERUNG DER BEGRIFFE SELBSTBETEILIGUNG, EIGENANTEIL UND MAXIMALE ZUZAHLUNG

Unser umfassendes Angebot an Selbstbeteiligungs- und Eigenanteils-Optionen ermöglicht Ihnen, Ihre Krankenversicherung exakt auf Ihre Bedürfnisse zuzuschneiden.

Sie können bei der internationalen Krankenversicherung und/oder dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen eine Selbstbeteiligung und/oder einen Eigenanteil wählen. Bei Geldleistungen in Verbindung mit einer stationären Behandlung oder Pflegeleistungen für Neugeborene entfällt die Selbstbeteiligung.

Sie sind dafür verantwortlich, den Betrag Ihrer Selbstbeteiligung und Ihres Eigenanteils direkt mit dem Krankenhaus, der Klinik oder dem

Arzt abzurechnen. Wir teilen Ihnen die Höhe dieses Betrags mit. Wenn Sie sich sowohl für eine Selbstbeteiligung, als auch für einen Eigenanteil entscheiden, wird der von Ihnen im Zusammenhang mit der Selbstbeteiligung zu zahlende Betrag vor dem von Ihnen in Verbindung mit dem Eigenanteil zu zahlenden Betrag errechnet. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den ein Anspruchsberechtigter innerhalb der Versicherungsdauer als Eigenanteil entrichten muss.

Die folgenden Beispiele veranschaulichen das System der Selbstbeteiligung, des Eigenanteils und der maximalen Zuzahlung.

## BEISPIEL 1: SELBSTBETEILIGUNG

(auch als „Selbstbehalt“ bezeichnet)

Die Selbstbeteiligung ist der Betrag, den Sie pro Versicherungsdauer in Verbindung mit Ihren Behandlungskosten selbst entrichten müssen.

Rechnungsbetrag:	<b>1.200 \$</b>
Selbstbeteiligung:	<b>500 \$</b>



**SIE ZAHLEN ...**  
Selbstbeteiligung  
in Höhe von  
**500 \$**



**WIR  
BEZAHLEN ...**  
**700 \$**

### DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Sie zahlen lediglich die Selbstbeteiligung und wir übernehmen den Rest.

## BEISPIEL 2: EIGENANTEIL NACH ABZUG DER SELBSTBETEILIGUNG UND MAXIMALER ZUZAHLUNG

(wenn **Ihr Eigenanteil** nach der Zahlung der **Selbstbeteiligung** noch unter der **maximalen Zuzahlung** liegt)

Als Eigenanteil wird der prozentuale Anteil jedes Rechnungsbetrags bezeichnet, den Sie selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Eigenanteil pro Versicherungsdauer entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	<b>5.000 \$</b>
Selbstbeteiligung:	<b>0 \$</b>
Eigenanteil in Höhe von 20 %:	<b>1.000 \$</b>
Maximale Zuzahlung:	<b>2.000 \$</b>



**SIE ZAHLEN ...**  
Ihre 20 % Eigenanteil  
in Höhe von  
**1.000 \$**



**WIR  
BEZAHLEN ...**  
**4.000 \$**

### DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Ihr Eigenanteil beträgt 20 % von 5.000 \$, also 1.000 \$. Dieser Betrag liegt unter Ihrer maximalen Zuzahlung, deshalb zahlen Sie 1.000 \$ und wir übernehmen den Rest.

### BEISPIEL 3: EIGENANTEIL NACH ABZUG DER SELBSTBETEILIGUNG UND MAXIMALER ZUZAHLUNG

(wenn Ihr Eigenanteil nach der Zahlung der Selbstbeteiligung noch unter der maximalen Zuzahlung liegt)

Als Umlage wird der prozentuale Anteil jedes Rechnungsbetrags bezeichnet, den Sie selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Eigenanteil pro Versicherungsdauer entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	<b>20.000 \$</b>
Selbstbeteiligung:	<b>0 \$</b>
Eigenanteil in Höhe von 20 %:	<b>4.000 \$</b>
Maximale Zuzahlung:	<b>2.000 \$</b>



#### SIE ZAHLEN ...

Die maximale Zuzahlung in Höhe von **2.000 \$**



#### WIR BEZAHLEN ...

**18.000 \$**

#### DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Ihr Eigenanteil beträgt 20 % von 20.000 \$, also 4.000 \$. Dieser Betrag liegt über Ihrer maximalen Zuzahlung, deshalb zahlen Sie nur 2.000 \$ und wir übernehmen den Rest.

### BEISPIEL 4: SELBSTBETEILIGUNG, EIGENANTEIL UND MAXIMALE ZUZAHLUNG NACH SELBSTBETEILIGUNG

(wenn Ihr Eigenanteil nach der Zahlung der Selbstbeteiligung noch unter der maximalen Zuzahlung liegt)

Als Eigenanteil wird der prozentuale Anteil jedes Rechnungsbetrags bezeichnet, den Sie selbst zu zahlen haben. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Eigenanteil pro Versicherungsdauer entrichten müssten.

Rechnungsbetrag:	<b>20.000 \$</b>
Selbstbeteiligung:	<b>375 \$</b>
Eigenanteil in Höhe von 20 %:	<b>3.925 \$</b>
Maximale Zuzahlung:	<b>5.000 \$</b>



#### SIE ZAHLEN ...

Die Selbstbeteiligung in Höhe von **375 \$** und den Eigenanteil in Höhe von **3.925 \$**



#### WIR BEZAHLEN ...

**15.700 \$**

#### DAS BEDEUTET FÜR SIE ...

Nachdem Sie Ihre Selbstbeteiligung in Höhe von 375 \$ bezahlt haben, beträgt Ihr Eigenanteil 20 % von 19.625 \$, also 3.925 \$. Dieser Betrag liegt nicht über Ihrem maximalen Zuzahlungsbetrag, deshalb zahlen Sie einen Eigenanteil in Höhe Ihres maximalen Zuzahlungsbetrags von 3.925 \$ (plus 375 \$ Selbstbeteiligung, die Sie bereits verauslagt haben), und wir übernehmen den Rest.

#### ! Bitte beachten Sie:

Die Selbstbeteiligung, der Eigenanteil und die maximale Zuzahlung werden für jeden Anspruchsberechtigten und jede Versicherungsdauer separat festgelegt.

# INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

Unsere Versicherungen umfassen drei klar definierte Deckungsstufen: Silver, Gold und Platinum.

Wählen Sie aus der nachstehenden Tabelle Ihren Versicherungsschutz aus. Sämtliche Beträge gelten pro Anspruchsberechtigtem und pro Versicherungsdauer (sofern nicht anders vermerkt).

Die internationale Krankenversicherung ist Ihr grundlegender Versicherungsschutz für Kosten in Verbindung mit stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen und Unterbringungskosten, sowie Krebsbehandlung, psychiatrische Behandlung und vielem mehr. Unsere Gold- und Platinum-Versicherungen bieten Ihnen außerdem Versicherungsschutz für stationäre und teilstationäre Mutterschaftsleistungen.

## GRENZE FÜR LEISTUNGEN

Jährliche Leistungen – Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer Dazu zählen Erstattungen, die in allen Bereichen der internationalen Krankenversicherung ausbezahlt wurden.	Silver	Gold	Platinum
	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Unbegrenzt

## IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

Krankenhausgebühren für: Pflege und Unterkunft für stationäre und teilstationäre Behandlung, sowie Aufwachraum	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme für ein Zweibettzimmer	Vollständige Kostenübernahme für ein Einzelzimmer	Vollständige Kostenübernahme für ein Einzelzimmer
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen die Kosten für Pflege und Unterbringung eines Anspruchsberechtigten in stationärer oder teilstationärer Behandlung, sowie ggf. die Kosten für den Behandlungsraum, wenn ein Anspruchsberechtigter sich einer ambulanten Operation unterzieht.</li> <li>› Wir übernehmen diese Kosten nur, wenn:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• es für den Anspruchsberechtigten medizinisch notwendig ist, stationär oder teilstationär behandelt zu werden,</li> <li>• die Dauer seines Krankenhausaufenthalts medizinisch angemessen ist,</li> <li>• die erhaltene Behandlung von einem Facharzt bereitgestellt oder überwacht wird und</li> <li>• wenn er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (gilt nur für die Gold- und Platinum-Versicherungen) untergebracht wird oder</li> <li>• wenn er in einem Zweibettzimmer mit Gemeinschaftsbad (gilt nur für Silver-Versicherung) untergebracht wird.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn die Gebühren eines Krankenhauses je nach Art des Zimmers, in dem der Anspruchsberechtigte untergebracht ist, variieren, ist der maximale Betrag, den wir zahlen, der Betrag, der dem Anspruchsberechtigten berechnet worden wäre, wenn er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (bei den Tarifen Gold und Platinum) oder einem Zweibettzimmer mit gemeinsamem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (beim Tarif Silver) untergebracht worden wäre.</li> <li>› Wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass der Anspruchsberechtigte länger im Krankenhaus bleiben muss, als wir im Voraus genehmigt haben, oder entscheidet, dass der Anspruchsberechtigte eine andere Behandlung benötigt als die, die wir im Voraus genehmigt haben, muss der Arzt uns einen Bericht vorlegen, in dem Folgendes erklärt wird: wie lange der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss, die Diagnose (falls sie sich geändert hat), und die Behandlung, die der Anspruchsberechtigte erhalten hat und erhalten muss.</li> </ul>		

	Silver	Gold	Platinum
<b>Krankenhausgebühren für:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Operationssaal</li> <li>› verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial für stationäre oder teilstationäre Behandlung</li> <li>› Kosten für Behandlungsraum bei ambulanter Operation</li> </ul>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
Kosten für den Operationssaal <ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen die Kosten für alle Kosten und Gebühren in Verbindung mit der Nutzung eines Operationssaals, wenn die Behandlung durch diesen Vertrag abgedeckt wird.</li> </ul>	Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial <ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen die Kosten für Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial eines Anspruchsberechtigten in stationärer oder teilstationärer Behandlung.</li> <li>› Wir übernehmen die Kosten für Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial, die für die Verwendung zu Hause verschrieben werden, nur, wenn der Anspruchsberechtigte über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügt (es sei denn, sie werden im Rahmen einer Krebsbehandlung verschrieben).</li> </ul>		

	Silver	Gold	Platinum
<b>Intensivmedizin:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Intensivtherapie</li> <li>› Kardiologische Intensivversorgung</li> <li>› Überwachungsstation</li> </ul>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung eines Anspruchsberechtigten in einer Einrichtung für Intensivversorgung, Intensivtherapie oder kardiologische Intensivpflege oder einer Überwachungsstation, wenn:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Einrichtung der Platz ist, der sich am besten für seine Behandlung eignet,</li> <li>• die von der Einrichtung bereitgestellte Leistung ein essentieller Teil seiner Behandlung ist und</li> <li>• die von der Einrichtung bereitgestellte Behandlung bei Patienten, die an derselben Art von Erkrankung oder Verletzung leiden oder dieselbe Art von Behandlung erhalten, routinemäßig erforderlich ist.</li> </ul> </li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Honorare für Chirurgen und Anästhesisten</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen bei stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen die Kosten für:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorare für Chirurgen und Anästhesisten</li> <li>• Honorare für Chirurgen und Anästhesisten in Verbindung mit Behandlungen, die unmittelbar vor oder nach der Operation erforderlich sind (d. h. am Tag der Operation)</li> </ul> </li> <li>› Wir übernehmen die Kosten für ambulante Behandlungen vor oder nach der Operation nur, wenn der Anspruchsberechtigte über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügt (es sei denn, die Behandlung erfolgt im Rahmen einer Krebsbehandlung).</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Gebühren für Beratung durch Fachpersonal</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wir übernehmen die Kosten für regelmäßige Facharztvisiten während Krankenhausaufenthalten, einschließlich einer Intensivversorgung durch einen Facharzt, solange sie medizinisch notwendig ist.</li> <li>› Wir übernehmen die Kosten für Konsultationen mit Fachärzten während Krankenhausaufenthalten, wenn der Anspruchsberechtigte:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• dort stationär oder teilstationär behandelt wird,</li> <li>• dort operiert wird oder</li> <li>• wenn die Konsultation medizinisch notwendig ist.</li> </ul> </li> </ul>			

### Krankenhausunterbringung eines Elternteils oder eines Erziehungsberechtigten

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

1.000 \$  
740 €  
665 £

#### Gold

1.000 \$  
740 €  
665 £

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wenn ein Anspruchsberechtigter unter 18 Jahren eine stationäre Behandlung benötigt und über Nacht im Krankenhaus bleiben muss, übernehmen wir auch die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im Krankenhaus, wenn:
  - eine Unterbringung in demselben Krankenhaus möglich ist und
  - die Kosten angemessen sind.
- › Wir übernehmen die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten im Krankenhaus nur dann, wenn die Behandlung, die der Anspruchsberechtigte während seines Aufenthalts im Krankenhaus erhält, von diesem Versicherungsvertrag gedeckt ist.

### Transplantationsleistungen für Organ-, Knochenmark- und Stammzellentransplantationen

#### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir übernehmen die Kosten für eine stationäre Behandlung, die direkt mit einer Organtransplantation in Verbindung steht, für den Anspruchsberechtigten, wenn:
  - die Transplantation medizinisch notwendig ist und das zu transplantierende Organ von einem Familienmitglied des Anspruchsberechtigten gespendet wurde oder aus einer geprüften und legitimen Quelle stammt.
- › Wir übernehmen die Kosten für Medikamente gegen die Abstoßung von Transplantaten nach einer Transplantation, wenn sie stationär verabreicht werden.
- › Wir übernehmen die Kosten für eine stationäre Behandlung, die direkt mit einer Knochenmark- oder Stammzellentransplantation in Verbindung steht, für den Anspruchsberechtigten, wenn:
  - die Transplantation medizinisch notwendig ist oder
  - das zu transplantierende Material aus dem eigenen Knochenmark oder den eigenen Stammzellen des Anspruchsberechtigten besteht oder Knochenmark ist, das aus einer geprüften und legitimen Quelle stammt.
- › Im Rahmen dieses Teils des Vertrags zahlen wir keine Knochenmarks- oder peripheren Stammzelltransplantationen, wenn die Transplantation Bestandteil einer Krebsbehandlung ist. Der Versicherungsschutz, den wir bezüglich der Krebsbehandlung bereitstellen, ist in anderen Teilen dieses Vertrags erklärt.
- › Wenn eine Person einem Anspruchsberechtigten Knochenmark oder ein Organ spendet, übernehmen wir die Kosten für:
  - die Entnahme des Organs oder Knochenmarks,
  - alle medizinisch notwendigen Tests oder Verfahren zum Abgleich der Gewebemerkmale,
  - die Krankenhauskosten für den Spender und
  - Kosten aufgrund von Komplikationen, die der Spender innerhalb von 30 Tagen nach dem Verfahren erleidet, unabhängig davon, ob der Spender unter diesem Vertrag abgedeckt ist oder nicht.
- › Der Betrag, den wir für die Behandlungskosten eines Spenders zahlen, wird um den Betrag reduziert, der dem Spender bezüglich derartiger Kosten im Rahmen einer anderen Versicherung oder aus einer anderen Quelle zu zahlen ist.
- › Wir übernehmen keine Kosten für ambulante Behandlungen des Anspruchsberechtigten oder des Spenders, es sei denn, diese spezifische ambulante Behandlung ist unter dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen des Anspruchsberechtigten abgedeckt.
- › Spendet ein Anspruchsberechtigter ein Organ für eine medizinisch notwendige Transplantation, übernehmen wir die medizinischen Kosten, die dem Anspruchsberechtigten in Zusammenhang mit dieser Spende entstehen, bis zu den Obergrenzen jeglichen Vertrags. Jedoch übernehmen wir nur die Kosten für die Entnahme des Spenderorgans, wenn der vorgesehene Empfänger ebenfalls ein Anspruchsberechtigter unter dieser Versicherung ist.
- › Wir erwägen alle medizinisch notwendigen Transplantationen. Andere Transplantationen (beispielsweise Transplantationen, die als experimentelle Verfahren gelten) sind im Rahmen dieses Vertrags nicht abgedeckt. Der Grund dafür besteht in Bedingungen oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes, die an anderer Stelle in diesem Vertrag erklärt werden.

#### Wichtiger Hinweis

- › Ein Anspruchsberechtigter muss sich an uns wenden und im Voraus eine Genehmigung einholen, bevor Kosten im Zusammenhang mit der Spende oder der Transplantation von Organen, Knochenmark oder Stammzellen entstehen.

Nierendialyse	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

> Behandlungen zur Nierendialyse sind abgedeckt, sofern eine solche Behandlung im Aufenthaltsland des Anspruchsberechtigten verfügbar ist. Wir übernehmen die Kosten für diese Behandlungen, wenn sie stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen.

> Wir übernehmen die Kosten für Behandlungen zur Nierendialyse außerhalb des Aufenthaltslandes des Anspruchsberechtigten, wenn die Behandlung innerhalb des ausgewählten Versicherungsgebiets des Anspruchsberechtigten bereitgestellt wird. Wir zahlen für solche Behandlungen auf teilstationärer Basis. Reise- und Unterbringungskosten im Zusammenhang mit einer derartigen Behandlung sind nicht abgedeckt.

Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte bildgebende Verfahren)	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

> Es wird vorausgesetzt, dass Untersuchungen auf stationärer oder teilstationärer Basis erfolgen.

> Wir übernehmen die Kosten für:
 

- Blut- und Urintests,
- Röntgenaufnahmen,
- Ultraschallscans,
- Elektrokardiogramme (EKG) und
- andere diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung),

 wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Facharzt während eines Krankenhausaufenthalts eines Anspruchsberechtigten zur stationären oder teilstationären Behandlung empfohlen werden.

Erweiterte bildgebende Verfahren (MRT, CT und PET) Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Silver	Gold	Platinum
	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Vollständige Kostenübernahme

> Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Verfahren, wenn sie von einem Facharzt im Rahmen einer stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung des Anspruchsberechtigten empfohlen werden.
 

- Magnetresonanztomographie (MRT),
- Computertomographie (CT) und/oder
- Positron-Emissions-Tomographie (PET).

> Wir fordern ggf. im Vorfeld einer Magnetresonanztomographie (MRT) einen ärztlichen Bericht an.

Physiotherapie und ergänzende Therapien Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Silver	Gold	Platinum
	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme

> Es wird vorausgesetzt, dass die Behandlung auf stationärer oder teilstationärer Basis erfolgt.

> Wir übernehmen die Kosten für Behandlungen durch Physiotherapeuten und Therapeuten für ergänzende Behandlungen (Akupunkteure, Homöopathen und Praktizierende der chinesischen Medizin), wenn diese Therapien von einem Facharzt während eines Krankenhausaufenthalts des Anspruchsberechtigten zur stationären oder teilstationären Behandlung empfohlen werden (jedoch nicht die primäre Behandlung darstellen, die der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus erhalten soll).

### Häusliche Pflege

Bis zu 30 Tage und bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

2.500 \$  
1.850 €  
1.650 £

#### Gold

5.000 \$  
3.700 €  
3.325 £

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir zahlen einem Anspruchsberechtigten bis zu 30 Tage häusliche Pflege pro Versicherungsdauer, wenn
  - sie von einem Facharzt nach einer stationären oder teilstationären Behandlung empfohlen wird, die von diesem Vertrag abgedeckt wird,
  - sie direkt, nachdem der Anspruchsberechtigte das Krankenhaus verlassen hat, beginnt und
  - sie die Zeit verkürzt, die der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss.

#### Wichtiger Hinweis

- › Wir kommen für die Kosten für häusliche Pflege nur auf, wenn sie bei dem Anspruchsberechtigten zu Hause durch eine qualifizierte Pflegekraft erfolgt und wenn sie medizinisch notwendige Pflege, die normalerweise in einem Krankenhaus bereitgestellt würde, umfasst. Wir bezahlen keine häusliche Pflege, die nur nicht-medizinische Pflege oder persönliche Hilfe darstellt.

### Rehabilitation

Bis zu 30 Tage und bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

2.500 \$  
1.850 €  
1.650 £

#### Gold

5.000 \$  
3.700 €  
3.325 £

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir zahlen Rehabilitationsbehandlungen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), die von einem Facharzt empfohlen werden und nach einem Trauma wie einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung medizinisch notwendig sind.

- › Wenn es erforderlich ist, die Rehabilitationsbehandlung in einem Rehabilitationszentrum durchzuführen, kommen wir für alle Erkrankungen, die eine Rehabilitationsbehandlung erfordern, jeweils für bis zu 30 Tage für Unterbringung und Verpflegung auf.

Wenn die 30-Tages-Grenze erreicht ist, berechnen wir folgendermaßen:

- Wir zählen jeden Aufenthalt über Nacht, während dem ein Anspruchsberechtigter stationäre Behandlung erhält, als einen Tag.
- Wir zählen jeden Tag, an dem ein Anspruchsberechtigter ambulante und teilstationäre Behandlung erhält, als einen Tag.

- › Vorbehaltlich der vorherigen Genehmigung vor dem Beginn der Behandlung zahlen wir eine Rehabilitationsbehandlung von mehr als 30 Tagen, wenn eine weitere Behandlung medizinisch notwendig ist und von dem behandelnden Facharzt empfohlen wird.

#### Wichtiger Hinweis

- › Wir zahlen Rehabilitationsbehandlungen nur, wenn sie nach oder als Folge einer Behandlung notwendig sind, die von diesem Vertrag abgedeckt wird, und sie innerhalb von 30 Tagen nach dem Ende der ursprünglichen Behandlung beginnen.
- › Sämtliche Rehabilitationsbehandlungen müssen von uns im Voraus genehmigt werden. Wir genehmigen Rehabilitationsbehandlungen nur, wenn der behandelnde Facharzt uns einen Bericht vorlegt, in dem Folgendes erklärt wird:
  - i) wie lange der Anspruchsberechtigte im Krankenhaus bleiben muss,
  - ii) die Diagnose, und
  - iii) die Behandlung, die der Anspruchsberechtigte erhalten hat oder erhalten muss.

### Hospiz- und palliative Pflege

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Lebensdauer.

#### Silver

2.500 \$  
1.850 €  
1.650 £

#### Gold

5.000 \$  
3.700 €  
3.325 £

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wenn bei einem Anspruchsberechtigten eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird und es keine Behandlung gibt, die die Genesung wirkungsvoll unterstützt, zahlen wir die Krankenhaus- oder Hospizpflege und Unterbringung, Pflege, verschriebene Medikamente, sowie körperliche und psychologische Betreuung.

### Interne Prothesen/chirurgische und medizinische Geräte

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

Vollständige Kostenübernahme

#### Gold

Vollständige Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige Kostenübernahme

- › Wir kommen für die Kosten für interne Prothesen, Geräte oder Apparate auf, die während einer Operation im Rahmen der Behandlung eines Anspruchsberechtigten eingesetzt werden.
- › Als ein chirurgisches Gerät oder ein medizinisches Gerät gelten:
  - ein künstliches Glied, eine Prothese oder ein Gerät, 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 und als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig notwendig ist.

### Externe Prothesen/chirurgische oder medizinische Geräte

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

Für jede Prothese

3.100 \$  
2.400 €  
2.000 £

#### Gold

Für jede Prothese

3.100 \$  
2.400 €  
2.000 £

#### Platinum

Für jede Prothese

3.100 \$  
2.400 €  
2.000 £

- › Wir kommen für externe Prothesen, Geräte und Apparate auf, die im Rahmen der Behandlung eines Anspruchsberechtigten erforderlich sind (vorbehaltlich der weiter unten erklärten Einschränkungen).
- › Wir übernehmen die Kosten für:
  - eine Prothese oder ein Gerät, die/das für die Behandlung umgehend nach einer Operation notwendig ist, solange dies medizinisch notwendig ist, oder
  - eine Prothese oder ein Gerät, die/das medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses kurzfristig notwendig ist.
- › Bei Anspruchsberechtigten über 18 Jahren zahlen wir eine erste externe Prothese pro Versicherungsdauer. Wir kommen bei Anspruchsberechtigten ab dem Alter von 18 Jahren nicht für Ersatzprothesen auf.
- › Bei Anspruchsberechtigten bis zu 17 Jahren zahlen wir eine erste externe Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen pro Versicherungsdauer.
- › Mit einer externen „Prothese“ bezeichnen wir einen externen künstlichen Körperteil, beispielsweise eine Prothese für Gliedmaßen oder eine Handprothese, die im Rahmen der Behandlung unmittelbar im Anschluss an die Operation des Anspruchsberechtigten medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses kurzzeitig notwendig ist.

## Lokaler Krankentransport und Luftambulanz

### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Sofern medizinisch notwendig, zahlen wir einen lokalen Rettungswagen, um einen Anspruchsberechtigten
  - vom Ort eines Unfalls oder einer Verletzung zu einem Krankenhaus zu transportieren,
  - von einem Krankenhaus zu einem anderen zu transportieren oder
  - von seinem Zuhause zu einem Krankenhaus zu bringen.
- › Wir zahlen den Transport durch einen lokalen Rettungswagen nur dann, wenn er mit einer Behandlung in Verbindung steht, die ein Anspruchsberechtigter in einem Krankenhaus erhalten muss. Sofern medizinisch notwendig, kommen wir für einen Luftrettungsdienst auf, um den Anspruchsberechtigten vom Ort des Unfalls oder der Verletzung zu einem Krankenhaus zu transportieren oder von einem Krankenhaus zu einem anderen zu transportieren.

#### Wichtige Hinweise

- › Der Versicherungsschutz für den Luftrettungsdienst gilt vorbehaltlich der folgenden Bedingungen und Einschränkungen:
  - In einigen Situationen ist eine Luftrettung unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich. In diesen Fällen vereinbaren oder zahlen wir keinen Luftrettungsdienst. Mit diesem Vertrag ist nicht garantiert, dass ein Luftrettungsdienst immer auf Anfrage verfügbar sein wird, auch wenn er medizinisch angemessen wäre.
  - Wir zahlen einen Luftrettungsdienst nur, um einen Anspruchsberechtigten über Entfernungen von bis zu 160 Kilometern zu transportieren, und nur dann, wenn er mit einer Behandlung in Verbindung steht, die ein Anspruchsberechtigter in einem Krankenhaus erhalten muss.
- › Dieser Vertrag deckt keine Bergrettungsdienste ab.
- › Medizinische Evakuierungen oder Rückführungen sind nur dann abgedeckt, wenn Sie einen internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport haben. Einzelheiten zu dieser Option finden Sie im entsprechenden Abschnitt dieses Kundenleitfadens.

## Stationäre Geldleistungen

Pro Nacht bis zu 30 Nächte pro  
Versicherungsdauer.

### Silver

100 \$  
75 €  
65 £

### Gold

100 \$  
75 €  
65 £

### Platinum

200 \$  
150 €  
130 £

- › Wir kommen direkt für Kosten der Anspruchsberechtigten auf, wenn sie:
  - im Krankenhaus eine Behandlung erhalten, die von dieser Versicherung abgedeckt ist,
  - in einem Krankenhaus über Nacht bleiben und
  - für Zimmer, Verpflegung und Behandlung noch keine Rechnung gestellt worden ist.

## Zahnärztliche Notfallbehandlung bei stationären Patienten

### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir kommen für zahnärztliche Behandlungen im Krankenhaus nach einem schweren Unfall auf, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind.
- › Wir zahlen zahnärztliche Notfallbehandlungen, die ein Anspruchsberechtigter während einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus benötigt, wenn diese stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung von dem behandelnden Arzt aufgrund eines zahnärztlichen Notfalls empfohlen wird (jedoch nicht die primäre Behandlung darstellt, derentwegen der Anspruchsberechtigte ins Krankenhaus eingewiesen wurde).
- › Diese Leistung wird anstelle von anderen zahnärztlichen Leistungen gezahlt, auf die der Anspruchsberechtigte unter diesen Umständen Anspruch hätte.

**Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen, sowie Suchtbehandlung**  
 Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

Silver	Gold	Platinum
5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Vollständige Kostenübernahme

- › Vorbehaltlich der weiter unten aufgeführten Einschränkungen zahlen wir:
  - die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen und Störungen, sowie
  - die Diagnose von Suchterkrankungen (einschließlich Alkohol).

**Suchtbehandlung**

- › Wir kommen für die Kosten für einen Kurs oder ein Programm zur Suchtbehandlung in einem spezialisierten Zentrum auf, das evidenzbasierte Behandlungen anbietet, sofern diese Behandlungen medizinisch notwendig sind und von einem Arzt empfohlen werden.
- › Wir zahlen bis zu drei Entgiftungsversuche. Danach zahlen wir weitere Entgiftungen nur, wenn der Anspruchsberechtigte einen formellen ambulanten Kurs oder ein ambulantes Programm zur Suchtbehandlung abschließt.
- › Wir kommen nicht für andere Behandlungen im Zusammenhang mit Alkoholismus oder Sucht oder Behandlungen verbundener Erkrankungen (wie Depression, Demenz oder Leberinsuffizienz) auf, wenn wir vernünftigerweise davon ausgehen, dass die Erkrankung, die eine Behandlung erfordert, die direkte Folge von Alkoholismus oder Sucht ist.

**Wichtige Hinweise**

- › Wir zahlen nur für Behandlungen psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen, die evidenzbasiert, medizinisch notwendig und von einem Arzt empfohlen sind.
- › Wir kommen für Behandlungen psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 90 Tagen pro Versicherungsdauer auf, einschließlich bis zu 30 Tage stationärer Behandlung.
- › Wir kommen für Behandlungen psychischer Erkrankungen und Störungen sowie Suchtbehandlungen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 180 Tagen in einem Fünfjahreszeitraum auf. Wenn beispielsweise ein Anspruchsberechtigter 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung während einer Versicherungsdauer und 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung in der darauf folgenden Versicherungsdauer erhalten hat, bezahlen wir in den nächsten drei aufeinander folgenden Jahren des Versicherungsschutzes keine weitere psychiatrische oder Suchtbehandlung.
- › Wann diese 30-, 90- bzw. 180-Tages-Grenze erreicht ist, berechnen wir folgendermaßen:
  - Wir zählen jeden Aufenthalt über Nacht, während dem ein Anspruchsberechtigter stationäre Behandlung erhält, als einen Tag.
  - Wir zählen jeden Tag, an dem ein Anspruchsberechtigter ambulante und teilstationäre Behandlung erhält, als einen Tag.
- › Wir übernehmen nur dann die Kosten für Medikamente, die auf ambulanter Basis im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen verschrieben werden, wenn Sie über internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügen.
- › Vorbehaltlich vorheriger Genehmigung und vorausgesetzt, dass der Arzt sich in Ihrem ausgewählten Versicherungsgebiet befindet, zahlen wir ggf. für Konsultationen, die auf elektronischem Wege oder telefonisch erfolgen.

**Krebsbehandlungen**

Silver	Gold	Platinum
Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

- › Nach einer Krebsdiagnose übernehmen wir die Kosten für die Behandlung, wenn diese Behandlung von uns als eine aktive und evidenzbasierte Behandlung angesehen wird. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlungsbehandlung, Onkologie, diagnostische Tests und Medikamente, ungeachtet dessen, ob der Anspruchsberechtigte über Nacht in einem Krankenhaus bleibt oder die Behandlung auf teilstationärer oder ambulanter Basis erfolgt.
- › Wir zahlen keine genetischen Tests zum Krebsrisiko.

## VERSORGUNG VON ELTERN UND BABY

	Silver	Gold	Platinum
<b>Routineversicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer. Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem Vertrag versichert ist.	Nicht abgedeckt	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir zahlen für die folgenden Mutter- und Kind-Leistungen und Behandlungen auf stationärer oder ambulanter Basis – wie jeweils anwendbar –, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes unter diesem Vertrag Anspruchsberechtigte war:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Krankenhausgebühren und Geburtshelfer- und Hebammenhonorare für routinemäßige Entbindungen</li> <li>Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen</li> </ul> </li> <li>Wir zahlen nicht für Leihmutterchaften oder damit in Zusammenhang stehende Behandlungen. Wir zahlen keine Mutterschaftsleistungen oder Behandlungen für eine Anspruchsberechtigte, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als eine Leihmutter für eine Anspruchsberechtigte fungiert.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Komplikationen in der Schwangerschaft (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer. Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem Vertrag versichert ist.	Nicht abgedeckt	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir zahlen stationäre oder ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes anspruchsberechtigt unter diesem Vertrag war. Hierunter fallen nur Erkrankungen, die eine direkte Folge der Schwangerschaft oder Entbindung sind.</li> <li>Dieser Teil des Vertrags deckt keine Hausgeburten ab.</li> <li>Wir zahlen nur für einen Kaiserschnitt, wenn er medizinisch notwendig ist. Wenn wir nicht bestätigen können, dass er medizinisch notwendig war, erstatten wir die Kosten nur bis zur Grenze der routinemäßigen Mutterschaftsleistungen.</li> <li>Wir zahlen nicht für Leihmutterchaften oder damit in Zusammenhang stehende Behandlungen. Wir zahlen keine Mutterschaftsleistungen oder Behandlungen für eine Anspruchsberechtigte, die als Leihmutter fungiert, oder eine Person, die als eine Leihmutter für eine Anspruchsberechtigte fungiert.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Hausgeburten (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer. Verfügbar, sobald eine Mutter mindestens zwölf Monate lang unter dem Vertrag versichert ist.	Nicht abgedeckt	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir zahlen Honorare für Hebammen und Fachärzte im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate vor der Geburt anspruchsberechtigt im Rahmen dieses Vertrags war.</li> <li>Bitte beachten Sie, dass der oben erklärte Versicherungsschutz für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen keine Hausgeburten abdeckt. Dies bedeutet, dass Kosten durch Komplikationen, die im Zusammenhang mit Hausgeburten entstehen, nur bis zu den in der Liste der Leistungen enthaltenen Grenzen für Hausgeburten bezahlt werden.</li> </ul>			

### Versorgung Neugeborener

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag für die Behandlung innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt. Verfügbar, sobald mindestens ein Elternteil mindestens zwölf Monate lang unter dem Vertrag versichert ist.

#### Silver

25.000 \$  
18.500 €  
16.500 £

#### Gold

75.000 \$  
55.500 €  
48.000 £

#### Platinum

156.000 \$  
122.000 €  
100.000 £

- › Vorausgesetzt, dass das Neugeborene in den Vertrag aufgenommen wird, zahlen wir für:
  - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt und
  - sämtliche Behandlungen, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt, anstelle von anderen Leistungen, wenn mindestens ein Elternteil vor der Geburt des Säuglings unter dem Vertrag mindestens zwölf Monate lang durchgehend versichert war.

Wir benötigen keine Informationen zur Gesundheit des Neugeborenen oder Ergebnisse einer ärztlichen Untersuchung, wenn ein Antragsformular, das Neugeborene in den Vertrag aufzunehmen, innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt des Neugeborenen bei uns eingegangen ist. Wenn ein Antrag später als 30 Tage nach der Geburt des Neugeborenen eingeht, benötigen wir für das Neugeborene eine Risikoprüfung. Dazu muss ein medizinischer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden, wobei wir uns bestimmte Einschränkungen oder Ausschlüsse vorbehalten.

- › Wir übernehmen die Kosten für:
  - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt und
  - sämtliche Behandlungen, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt, anstelle von anderen Leistungen, wenn kein Elternteil zwölf zusammenhängende Monate vor Geburt des Neugeborenen unter dem Vertrag abgedeckt war und wir ein Antragsformular erhalten, das Neugeborene als einen Anspruchsberechtigten in den Vertrag aufzunehmen. Wir benötigen für das Neugeborene eine Risikoprüfung, weiterhin muss ein medizinischer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden. Der Versicherungsschutz erfolgt unter der Bedingung einer Risikoprüfung, wobei wir uns spezielle Einschränkungen und Ausschlüsse vorbehalten.
- › Die oben erklärten Pflegeleistungen für Neugeborene sind nicht für Kinder erhältlich, die nach einer Fruchtbarkeitsbehandlung (wie IVF) geboren, von einer Leihmutter entbunden, oder die adoptiert wurden. In diesen Fällen können Kinder erst in den Vertrag aufgenommen werden, wenn sie 90 Tage alt sind. Der Versicherungsschutz für das Neugeborene erfolgt vorbehaltlich des Ausfüllens eines Gesundheitsfragebogens, wobei wir uns besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorschreiben.

### Erbkrankheiten

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

5.000 \$  
3.700 €  
3.325 £

#### Gold

20.000 \$  
14.800 €  
13.300 £

#### Platinum

39.000 \$  
30.500 €  
25.000 £

- › Wir zahlen für stationäre oder teilstationäre Behandlungen bei angeborenen Krankheiten, die sich vor dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten manifestieren, falls:
  - mindestens ein Elternteil für mindestens zwölf aufeinanderfolgende Monate vor der Geburt unter dem Vertrag versichert war und das Neugeborene innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt in den Vertrag aufgenommen wird
  - und die Erkrankung(en) zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags nicht ersichtlich war(en).

## IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND EIGENANTEILS-OPTIONEN

### Selbstbeteiligung (verschiedene Summen)

Eine Selbstbeteiligung ist der Betrag, den Sie selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von Ihrer Versicherung vorgenommen werden.

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 £

### Umlage nach Abzug der Selbstbeteiligung und maximale Zuzahlung

Der Eigenanteil ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist.

Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Eigenanteil pro Versicherungsdauer entrichten müssten.

Der Betrag des Eigenanteils wird nach Berücksichtigung der Selbstbeteiligung ermittelt. Nur Beträge, die Sie als Eigenanteil entrichten, werden als Beitrag zur maximalen Zuzahlung gewertet.

Wählen Sie zunächst den Anteil Ihres Eigenanteils:

0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Wählen Sie anschließend Ihre maximale Zuzahlung:

2.000 \$ oder 5.000 \$  
1.480 € oder 3.700 €  
1.330 £ oder 3.325 £

AUF DEN FOLGENDEN SEITEN SIND DIE ZUSÄTZLICHEN LEISTUNGEN ERLÄUTERT, UM DIE SIE IHRE GRUNDLEISTUNGEN, DIE SIE AUS DER **INTERNATIONALEN KRANKENVERSICHERUNG** ERHALTEN, ERGÄNZEN KÖNNEN.

SIE KÖNNEN BELIEBIG VIELE ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN HINZUFÜGEN, UM EINE VERSICHERUNG ZUSAMMENZUSTELLEN, DIE EXAKT AUF IHRE BEDÜRFNISSE ZUGESCHNITTEN IST.



# INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR AMBULANTE BEHANDLUNGEN

Der internationale Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen bietet Ihnen umfassenderen Schutz für ambulante Behandlungen und medizinische Notfälle, die auftreten können, wenn eine teilstationäre oder stationäre Krankenhausaufnahme nicht erforderlich ist. Außerdem eingeschlossen sind Konsultationen mit Fachärzten und Ärzten, ambulant verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial, ambulante Schwangerschaftsvor- und -nachsorge, Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik und vieles mehr.

## GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
<b>Jährliche Leistungen – Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer</b> Darin eingeschlossen sind Erstattungen, die in allen Bereichen der internationalen ambulanten Behandlung ausbezahlt wurden.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	25.000 \$ 18.500 € 16.625 £	Unbegrenzt

## IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
<b>Beratungen mit praktischen und Fachärzten</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Begrenzt auf 125 \$/90 €/80 £ pro Arztbesuch. Bis zu 15 Besuche pro Jahr.	Begrenzt auf 250 \$/185 €/165 £ pro Arztbesuch. Bis zu 30 Besuche pro Jahr.	Vollständige Kostenübernahme

- › Wir zahlen für Konsultationen mit bzw. Besuche bei Ärzten, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu diagnostizieren oder um eine Behandlung zu vereinbaren oder durchzuführen, bis zu einer maximalen Anzahl von Besuchen, die Sie der Leistungstabelle entnehmen können.
- › Wir zahlen für nicht-operative Behandlungen auf ambulanter Basis, die von einem Facharzt als medizinisch notwendig empfohlen werden.
- › Vorbehaltlich vorheriger Genehmigung und vorausgesetzt, dass der Arzt sich in Ihrem ausgewählten Versicherungsgebiet befindet, zahlen wir ggf. für Konsultationen, die auf elektronischem Wege oder telefonisch erfolgen.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Schwangerschaftsvor- und -nachsorge (Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer. Verfügbar, sobald diese Option mindestens zwölf Monate lang im Vertrag der Mutter enthalten war.	Nicht abgedeckt	3.500 \$ 2.750 € 2.250 £	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £

- › Wir zahlen für medizinisch notwendige Schwangerschaftsvor- und nachsorge auf ambulanter Basis, wenn die Mutter mindestens zwölf zusammenhängende Monate anspruchsberechtigt für diese zusätzliche Leistung des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Leistungen war.

Beispiele für entsprechende Behandlungen und Tests sind:

- routinemäßige Geburtshelfer- und Hebammenhonorare
- alle planmäßigen Ultraschall- und weiteren Untersuchungen
- verschriebene Heilmittel, Medikamente und Verbandsmaterial
- routinemäßige Bluttests vor der Geburt, falls erforderlich
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionzottenbiopsie (auch unter dem Synonym Chorionbiopsie bekannt)
- nicht-invasiver pränataler Test (NIPT) für Hochrisiko-Patientinnen
- Kosten, die durch die medizinische Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen

	Silver	Gold	Platinum
<b>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausschließlich erweiterte bildgebende Verfahren)</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 €	5.000 \$ 3.700 € 3.325 €	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Tests, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Facharzt im Rahmen einer ambulanten Behandlung eines Anspruchsberechtigten empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blut- und Urintests,</li> <li>• Röntgenaufnahmen,</li> <li>• Ultraschallscans,</li> <li>• Elektrokardiogramme (EKG) und</li> <li>• andere diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung).</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Physiotherapie</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 €	5.000 \$ 3.700 € 3.325 €	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für physiotherapeutische Behandlungen auf ambulanter Basis, die medizinisch notwendig sind und Ihnen dabei helfen, Ihre normalen täglichen Aktivitäten auszuführen. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Physiotherapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist. Ausgeschlossen sind sportmedizinische Behandlungen.</p> <p>› Wir verlangen vor der Genehmigung einen ärztlichen Bericht und einen Behandlungsplan.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Osteopathie und chiropraktische Behandlung</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 15 Besuche	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 15 Besuche	Vollständige Kostenübernahme für bis zu 30 Besuche
<p>› Wir zahlen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von Terminen pro Versicherungsdauer für Osteopathie- und chiropraktische Behandlungen, die evidenzbasiert, medizinisch notwendig und von einem behandelnden Facharzt empfohlen sind, sofern ein Arzt die Behandlung empfiehlt und eine Überweisung ausstellt. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist. Wir verlangen vor der Genehmigung einen ärztlichen Bericht und einen Behandlungsplan. Ausgeschlossen sind sportmedizinische Behandlungen.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Akupunktur, Homöopathie und chinesische Medizin</b> Bis zu einem Maximum von insgesamt 15 Besuchen pro Versicherungsdauer.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen pro Versicherungsdauer und pro Anspruchsberechtigtem für eine kombinierte maximale Anzahl von 15 Konsultationen mit Akupunkteuren, Homöopathen und Praktizierenden der chinesischen Medizin pro Versicherungsdauer, wenn diese Behandlungen von einem Arzt empfohlen werden. Die Behandlung muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die Behandlung stattfindet, zur Erbringung der Behandlung zugelassen ist.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Restaurative Logopädie</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für restaurative Logopädie, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sie unmittelbar nach einer Behandlung, die von diesem Vertrag abgedeckt ist (zum Beispiel als Bestandteil der Nachsorge eines Anspruchsberechtigten, nachdem er einen Schlaganfall erlitten hat), erforderlich ist, und</li> <li>• ein Facharzt bestätigt hat, dass sie kurzfristig medizinisch notwendig ist.</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <p>› Wir zahlen nur dann für Sprachtherapie, wenn das Ziel dieser Therapie darin besteht, ein beeinträchtigtes Sprachvermögen wiederherzustellen.</p> <p>› Wir zahlen nicht für Sprachtherapie, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Verbesserung von Sprachfertigkeiten, die nicht vollständig entwickelt sind, zum Ziel hat,</li> <li>• erzieherischer Natur ist,</li> <li>• dem Erhalt der Sprachkommunikation dient,</li> <li>• die Verbesserung von Sprech- oder Sprachstörungen (wie Stottern) zum Ziel hat oder</li> <li>• eine Folge von Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen (wie Legasthenie), eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder Autismus ist.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	500 \$ 370 € 330 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für Medikamente und Verbandsmaterialien, wenn diese von einem Arzt auf ambulanter Basis verordnet werden.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Anmietung von langlebiger Ausrüstung</b> Bis zu maximal 45 Tage in der Versicherungsdauer.	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für die Miete von langlebiger medizinischer Ausrüstung bis zu 45 Tage pro Versicherungsdauer, wenn die Verwendung dieser Ausrüstung von einem Facharzt zur Unterstützung der Behandlung des Anspruchsberechtigten empfohlen wird.</p> <p>› Wir zahlen nur für die Miete langlebiger medizinischer Ausrüstung, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein Einwegmaterial darstellt und mehr als einmal benutzt werden kann,</li> <li>• einem medizinischen Zweck dient,</li> <li>• zur Anwendung zu Hause geeignet ist und</li> <li>• dem Typ entspricht, der normalerweise von einer Person, die an den Auswirkungen einer Erkrankung, Krankheit oder Verletzung leidet, benutzt wird.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Impfung Erwachsener</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	250 \$ 185 € 165 £	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für folgende klinisch angemessenen Impfungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza (Grippe)</li> <li>• Tetanus (alle zehn Jahre)</li> <li>• Hepatitis A</li> <li>• Hepatitis B</li> <li>• Hirnhautentzündung</li> <li>• Tollwut</li> <li>• Cholera</li> <li>• Gelbfieber</li> <li>• Japanische Enzephalitis</li> <li>• Polio-Schutzimpfung</li> <li>• Typhus</li> <li>• Malaria (in Tablettenform, täglich oder wöchentlich)</li> </ul>			

### Zahnbehandlung nach Unfällen

Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.

#### Silver

1.000 \$  
740 €  
665 £

#### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wenn ein Anspruchsberechtigter als Folge von Verletzungen, die er durch einen Unfall erlitten hat, Zahnbehandlungen benötigt, zahlen wir ambulante Behandlungen an gesunden natürlichen Zähnen, die durch den Unfall beschädigt oder beeinträchtigt wurden, sofern die Behandlung unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Unfalls abgeschlossen ist.
- › Zur Genehmigung dieser Behandlung benötigen wir vom behandelnden Zahnarzt des Anspruchsberechtigten die Bestätigung folgender Informationen:
  - des Datums des Unfalls und
  - die Tatsache, dass die Zähne, die der vorgeschlagenen Behandlung unterzogen werden sollen, gesunde natürliche Zähne sind.

Wir zahlen für diese Behandlung anstelle von anderen Zahnbehandlungen, auf die der Anspruchsberechtigte unter diesem Vertrag Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem Zahn oder mehreren Zähnen eine Behandlung benötigt.

- › Wir übernehmen im Rahmen dieses Teils des Vertrags keine Kosten für die Reparatur oder Bereitstellung von Zahnimplantaten, Kronen oder Zahnprothesen.

### Tests für ein gesundes Kind

#### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Erstattungsfähig für Kinder in angemessenen Intervallen bis zum Alter von sechs Jahren.
- › Wir zahlen für routinemäßige Untersuchungen von Kindern in angemessenen Intervallen (Geburt, zwei Monate, vier Monate, sechs Monate, neun Monate, zwölf Monate, 15 Monate, 18 Monate, zwei Jahre, drei Jahre, vier Jahre, fünf Jahre und sechs Jahre) und für durch einen Arzt erbrachte Vorsorgeuntersuchungen, namentlich:
  - Anamnese
  - körperliche Untersuchungen
  - Untersuchung des Entwicklungsstandes
  - vorausschauende Begleitung und
  - geeignete Immunisierungen und Labortests für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren.

Wir übernehmen die Kosten für einen Besuch bei einem Arzt pro angemessenem Intervall (bis zu insgesamt 13 Besuchen pro Kind) zum Zweck des Erhalts von Vorsorgedienstleistungen.

- › Außerdem übernehmen wir die Kosten für:
  - eine Gesundheitskontrolle zur Einschulung, zur Beurteilung von Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind im Alter von sechs Jahren oder jünger
  - eine Voruntersuchung auf diabetische Retinopathie für Kinder über zwölf Jahren, die an Diabetes leiden

### Immunisierung von Kindern

#### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir übernehmen die Kosten für die folgenden Impfungen für Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren:
  - DPT (Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus)
  - MMR (Masern, Mumps und Röteln)
  - Hib (Haemophilus influenza Typ b)
  - Kinderlähmung
  - Grippe
  - Hepatitis B
  - Meningitis
  - Humaner Papillomavirus (HPV)

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Routinetests	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für die folgenden routinemäßigen Tests für Kinder im Alter von bis zu 15 Jahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen Sehtest und</li> <li>• einen Hörtest.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>60+ Betreuung</b> <b>(Nur Gold- und Platinum-Versicherungen)</b> Bis zum angezeigten Höchstbetrag pro Laufzeit.	Nicht abgedeckt	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
<p>› Ist ein Begünstigter 60 Jahre alt und darüber oder erreicht er/sie innerhalb der Laufzeit das 60. Lebensjahr und leidet er/sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankungen, wie auf dem medizinischen Fragebogen angegeben, übernehmen wir die für die im Zusammenhang mit dieser Erkrankung medizinisch erforderlichen ambulanten Behandlungskosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthritis, Gelenk- oder Rückenschmerzen</li> <li>• Bluthochdruck</li> <li>• Glaukom</li> <li>• Osteoporose / Osteopenie</li> <li>• Typ-2-Diabetes</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <p>› Wenn Sie während der Anmeldephase die Option gewählt haben, dass eine der vorstehend aufgeführten Erkrankungen durch eine Zusatzprämie abgedeckt wird, womit die Erkrankung auf einer stationären und ambulanten Basis (sofern die Internationale Ambulanzoption gewählt wurde) voll abgedeckt ist, dann entfällt diese Leistung.</p> <p>› Beispiele einer medizinisch erforderlichen Behandlung umfassen, sind aber nicht begrenzt auf: Konsultationen mit dem praktischen Arzt oder Facharzt; Pathologie und Radiologie; Physiotherapie; verschriebene Arzneien und Verbände; Osteopathie und chiropraktische Behandlung sowie Akupunktur; Homöopathie und chinesische Medizin. Bitte beachten Sie, dass diese Leistung nicht die moderne medizinische Bildgebung einschließt.</p> <p>› Sie haben ein Anrecht auf die Abdeckung der Erkrankung(en) (jedoch nicht der infolge dieser Erkrankungen auftretenden Erkrankungen, Symptome oder Komplikationen) auf ambulanter Basis bis zu den angezeigten Höchstbeträgen pro Laufzeit.</p> <p>› Die Leistung unterliegt allen auf Ihrer Police ausgewählten Kostenbeteiligungen oder Selbstbehalten.</p>			

## IHRE SELBSTBETEILIGUNGS- UND EIGENANTEILS-OPTIONEN

<b>Selbstbeteiligung (verschiedene Summen)</b> Eine Selbstbeteiligung ist der Betrag, den Sie selbst bezahlen müssen, bevor Erstattungen von Ihrer Versicherung vorgenommen werden.	0 \$/150 \$/500 \$/1.000 \$/1.500 \$ 0 €/110 €/370 €/700 €/1.100 € 0 £/100 £/335 £/600 £/1.000 £
<b>Eigenanteil nach Abzug der Selbstbeteiligung und maximale Zuzahlung</b> Der Eigenanteil ist der Prozentanteil jeder Erstattung, der nicht von Ihrer Versicherung abgedeckt ist.  Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Eigenanteil pro Versicherungsdauer entrichten müssten.  Der Betrag des Eigenanteils wird nach Berücksichtigung der Selbstbeteiligung ermittelt. Nur Beträge, die Sie als Eigenanteil entrichten, werden als Beitrag zur maximalen Zuzahlung gewertet.	<p>Wählen Sie zunächst den Anteil Ihres Eigenanteils:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>Ihre maximale Zuzahlung beträgt:</p> <p>3.000 \$            2.200 €            2.000 £</p>

# INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR DIE EVAKUIERUNG

Unser internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung deckt angemessene Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab, wenn in einem Notfall die erforderliche Behandlung vor Ort nicht erhältlich ist. Diese Versicherungsoption deckt ebenso die Kosten einer Rückführung ab und ermöglicht so dem Anspruchsberechtigten, in sein gewöhnliches Aufenthaltsland oder das Land seiner Staatsangehörigkeit zurückzukehren, um dort in gewohnter Umgebung behandelt zu werden. Sie umfasst außerdem Krankenbesuche für einen Elternteil, einen Lebenspartner, einen Partner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind bei einem Anspruchsberechtigten nach einem Unfall oder einer unerwarteten Krankheit, wenn noch keine Evakuierung oder Rückführung des Anspruchsberechtigten erfolgt ist.

## GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen – Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme

## IHRE MEDIZINISCHEN STANDARDLEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
Medizinische Evakuierung	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum, wenn die vom Anspruchsberechtigten benötigte Behandlung vor Ort nicht erhältlich ist.</li> <li>› Wenn ein Anspruchsberechtigter eine Notfallbehandlung benötigt, zahlen wir für die medizinische Evakuierung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> </li> <li>› Bezüglich der Rückreise zahlen wir:             <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> </li> <li>› Wir kommen für Taxifahrten nur auf, wenn:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• es aus medizinischer Sicht für den Anspruchsberechtigten vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und</li> <li>• die Genehmigung im Voraus vom medizinischen Assistenzdienst erlangt wird.</li> </ul> </li> <li>› Wir zahlen für die Evakuierung (jedoch nicht für die Rückführung), wenn der Anspruchsberechtigte diagnostische Tests oder Krebsbehandlung (wie Chemotherapie) benötigt, sofern die Evakuierung nach Ansicht unseres medizinischen Assistenzdienstes unter den Umständen angemessen und medizinisch notwendig ist.</li> <li>› Wir übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Evakuierung (zum Beispiel Unterbringungskosten).</li> </ul> <p><b>Wichtiger Hinweis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn Sie für eine Nachbehandlung in das Krankenhaus zurückkehren müssen, in das Sie evakuiert wurden, kommen wir nicht für Reise oder Verpflegung auf.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Medizinische Rückführung</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn ein Anspruchsberechtigter eine medizinische Rückführung benötigt, zahlen wir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• für seine Rückkehr in sein Aufenthaltsland oder das Land seiner Staatsangehörigkeit und</li> <li>• für seine Rückkehr an den Ort, von dem er evakuiert wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner Behandlung statt.</li> </ul> </li> <li>› Die oben genannte Reise muss im Voraus von unserem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden, und um Zweifel auszuschließen, müssen alle Transportkosten angemessen und üblich sein.</li> <li>› Bezüglich der Rückreise zahlen wir: <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> </li> <li>› Wir kommen für Taxifahrten nur auf, wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• es aus medizinischer Sicht für den Anspruchsberechtigten vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und</li> <li>• die Genehmigung im Voraus vom medizinischen Assistenzdienst erlangt wird.</li> </ul> </li> <li>› Wir übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Rückführung (zum Beispiel Unterbringungskosten).</li> </ul> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn Sie für eine Nachbehandlung in das Krankenhaus zurückkehren müssen, in das Sie rückgeführt wurden, kommen wir nicht für Reise oder Verpflegung auf.</li> <li>› Wenn ein Anspruchsberechtigter den medizinischen Assistenzdienst kontaktiert, um im Voraus eine Genehmigung für eine Rückführung einzuholen, der medizinische Assistenzdienst die Rückführung jedoch nicht als medizinisch sinnvoll betrachtet, arrangieren wir möglicherweise die Evakuierung des Anspruchsberechtigten zum nächstgelegenen Krankenhaus, in dem die notwendige Behandlung erhältlich ist. Wir führen den Anspruchsberechtigten dann in das angegebene Land seiner Staatsangehörigkeit oder sein Aufenthaltsland zurück, sobald sein Zustand stabil ist und die Rückführung medizinisch sinnvoll ist.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Rückführung von sterblichen Überresten</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Wenn ein Anspruchsberechtigter während der Versicherungsdauer außerhalb seines Aufenthaltslandes stirbt, veranlasst der medizinische Assistenzdienst vorbehaltlich der Anforderungen und Bedingungen der Fluglinien so bald wie möglich die Rückführung seiner sterblichen Überreste in sein Aufenthaltsland oder das Land seiner Staatsangehörigkeit.</li> <li>› Wir übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit Beerdigung oder Einäscherung oder den Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des Anspruchsberechtigten abholt oder begleitet.</li> </ul>			

Reisekosten für eine Begleitperson	Silver	Gold	Platinum
	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wenn ein Anspruchsberechtigter ein Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester, ein Kind, einen Ehegatten oder Partner als Begleitperson auf seiner Reise im Zusammenhang mit einer medizinischen Evakuierung oder Rückführung benötigt, weil er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe beim Einsteigen in ein oder Aussteigen aus einem Flugzeug oder einem anderen Fahrzeug benötigt,</li> <li>• 1600 km oder weiter reist,</li> <li>• äußerst beunruhigt oder verunsichert ist und nicht von einem Krankenpfleger oder einem Sanitäter oder anderem medizinischen Begleitpersonal begleitet wird oder</li> <li>• schwer krank oder schwer verletzt ist,</li> </ul> <p>zahlen wir seine Begleitung durch einen Verwandten oder Partner. Die Reisen (dies bedeutet der Klarheit halber eine Hin- und eine Rückreise) müssen im Voraus von dem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der Behandlung stattfinden.</p> <p>› Wir übernehmen die Kosten für:</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>Falls dies angesichts der medizinischen Bedürfnisse des Anspruchsberechtigten angemessen ist, reist das Familienmitglied oder der Partner, der den Anspruchsberechtigten begleitet, möglicherweise in einer anderen Klasse.</p> <p>Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines Anspruchsberechtigten medizinisch notwendig ist und er von seinem Lebenspartner oder Partner begleitet wird, zahlen wir auch angemessene Reisekosten für alle Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren, die ansonsten ohne Elternteil oder Erziehungsberechtigten zurückbleiben würden.</p> <p><b>Wichtige Hinweise</b></p> <p>› Wir zahlen nicht für die Begleitung eines Anspruchsberechtigten durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung in der ambulanten Behandlung des Anspruchsberechtigten bestand.</p> <p>› Wir übernehmen keine anderen Reisekosten für Dritte wie Unterbringung oder Transport vor Ort.</p>			

**Wenn Sie diese Option in Ihren Vertrag aufgenommen haben, gelten außerdem die folgenden Bestimmungen bezüglich von Krankenbesuchen unmittelbarer Familienangehöriger für Sie.**

Krankenbesuch – Reisekosten	Silver	Gold	Platinum
	Bis zu maximal fünf Besuche pro Versicherungsdauer. Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Krankenbesuche – Lebenshaltungskosten			
Bis zum aufgeführten maximalen Betrag pro Tag für jeden Besuch bei maximal zehn Tagen pro Besuch. Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p>› Wir zahlen für jeden Anspruchsberechtigten bis zu fünf Krankenbesuche pro Versicherungsdauer. Krankenbesuche müssen im Voraus von unserem medizinischen Assistenzdienst genehmigt werden.</p> <p>› Wir zahlen für einen Elternteil, einen Lebenspartner, einen Partner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Kosten einer Hin- und Rückreise in der Economy Class, um einen Anspruchsberechtigten nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn der Anspruchsberechtigte sich in einem anderen Land befindet und voraussichtlich fünf oder mehr Tage im Krankenhaus bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare Krankheit mit kurzfristigem tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde.</p> <p>› Wir kommen außerdem für die Lebenshaltungskosten für ein Familienmitglied während eines Krankenbesuchs für bis zu 10 Tage pro Besuch auf, während er oder sie sich außerhalb seines Aufenthaltslandes aufhält, bis zu den in der Liste der Leistungen aufgeführten Grenzen (vorbehaltlich der Vorlage von Quittungen für die entstandenen Kosten).</p> <p><b>Wichtiger Hinweis</b></p> <p>› Wir zahlen nicht für einen Krankenbesuch nach einer Evakuierung oder Rückführung des Anspruchsberechtigten. Findet während eines Krankenbesuchs eine Evakuierung oder Rückführung statt, zahlen wir keine weiteren Transportkosten für Dritte.</p>			

# INTERNATIONALER VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

Unser internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden deckt den Anspruchsberechtigten ab für Voruntersuchungen, Tests, Untersuchungen, Beratung bezüglich einer Reihe von Lebenskrisen und maßgeschneidertem Rat und Support, und zwar durch unsere Online-Gesundheitsratgeber und Gesundheitsrisikobewertungen, was dem Anspruchsberechtigten ermöglicht, seine Gesundheit in Eigeninitiative und auf die von ihm gewünschte Weise zu fördern.

Wir zahlen für jede Versicherungsdauer die Kosten für folgende, durch einen Arzt vorgenommene Tests.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
> Wir zahlen für routinemäßige körperliche Untersuchungen für Erwachsene ab 18 Jahren (unter anderem: Größe, Gewicht, Blutwerte, Urin-Analyse, Blutdruck, Lungenfunktion).			

	Silver	Gold	Platinum
<b>PAP-Abstrich</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> Wir übernehmen bei weiblichen Anspruchsberechtigten die Kosten für einen Papanicolaou-Test (PAP-Abstrich) pro Jahr.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> Wir übernehmen bei männlichen Anspruchsberechtigten ab 50 Jahren die Kosten für eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (PSA-Test) pro Jahr.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Mammografien für Brustkrebsvoruntersuchung</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
> Wir übernehmen die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35-39 Jahre: eine Basismammographie für symptomlose Frauen</li> <li>• 40-49 Jahre: eine Mammographie für symptomlose Frauen alle zwei Jahre</li> <li>• Ab 50 Jahre: eine Mammographie pro Jahr</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Darmkrebsvorsorgeuntersuchung</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für eine Darmkrebsvorsorgeuntersuchung für Anspruchsberechtigte ab 55 Jahren.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Knochendichtemessung</b> Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir übernehmen die Kosten für eine Untersuchung zur Ermittlung der Knochendichte des Anspruchsberechtigten.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Ernährungsberatung</b>	<i>Nicht abgedeckt</i>	<i>Nicht abgedeckt</i>	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Wir zahlen für bis zu vier Konsultationen bei einem Ernährungsberater pro Versicherungsdauer, wenn der Anspruchsberechtigte in Zusammenhang mit einer diagnostizierten Krankheit wie Diabetes eine Ernährungsberatung benötigt (<i>nur Platinum-Versicherung</i>).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Lebensberatungsprogramm</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Unser Lebensberatungsprogramm ist rund um die Uhr verfügbar. Es stehen Experten bereit, um Ihnen bei allen Angelegenheiten, die Ihnen wichtig sind, zu helfen.</p> <p>› Wir übernehmen die Kosten für bis zu fünf persönliche Beratungen pro Problem und Versicherungsdauer. Dabei kann es sich um telefonische oder persönliche Beratungen handeln.</p> <p>› Unbegrenzte telefonische Unterstützung im Bedarfsfall.</p> <p>› Bietet Informationen, Ressourcen und Beratung in Verbindung mit beruflichen, alltäglichen, persönlichen oder familiären Angelegenheiten, die Sie beschäftigen.</p> <p>› Informationsdienstleistungen zur Unterstützung bei Alltagsangelegenheiten oder der Umzugslogistik. Diese Informationsspezialisten können telefonische Hilfestellung bieten und für Sie recherchieren, sowie vorab geprüfte Empfehlungen für Ressourcen vor Ort aussprechen.</p> <p><b>Bitte wenden Sie sich an uns, um eine Genehmigung dafür zu erhalten. Dieser Service wird von unserem ausgewählten Beratungsdienstleister bereitgestellt.</b></p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Online-Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbewertung und webbasierte Coaching-Programme</b>	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme	Vollständige Kostenübernahme
<p>› Der Zugriff auf unseren Bereich Gesundheit und Wohlbefinden ist in Ihrem sicheren Kundenbereich verfügbar.</p>			

# INTERNATIONALER AUGENÄRZTLICHER UND ZAHNÄRZTLICHER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Der internationale augenärztliche und zahnärztliche Versicherungsschutz deckt die Kosten des **Anspruchsberechtigten** in Verbindung mit routinemäßigen augenärztlichen Untersuchungen, sowie die Kosten für Brillen und Brillengläser ab. Ebenso darin enthalten sind eine Reihe vorbeugender, routinemäßiger und umfangreicher zahnärztlicher **Behandlungen**.

## AUGENVERSORGUNG

	Silver	Gold	Platinum
<b>Augenuntersuchung</b> Maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Vollständige Kostenübernahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir zahlen für eine routinemäßige Augenuntersuchung pro Versicherungsdauer durch einen Augenarzt oder Augenoptiker.</li> <li>Wir zahlen nicht für mehr als eine Augenuntersuchung pro Versicherungsdauer.</li> </ul>			

Kosten für:	Silver	Gold	Platinum
<ul style="list-style-type: none"> <li>Brillengläser,</li> <li>Kontaktlinsen,</li> <li>Brillenfassungen,</li> <li>verschriebene Sonnenbrillen,</li> </ul> jeweils vorausgesetzt, dass sie von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben werden.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
Bis zu dem aufgeführten maximalen Betrag pro Versicherungsdauer.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir zahlen nicht für:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sonnenbrillen, die nicht von einem Augenoptiker oder Augenarzt verschrieben wurden,</li> <li>Brillengläser oder Kontaktlinsen, die nicht medizinisch notwendig sind oder nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden, oder</li> <li>Behandlungen oder Operationen, einschließlich Behandlungen oder Operationen, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel Laseraugenoperationen, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK).</li> </ul> </li> <li>Für alle Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss als Beleg ein Rezept oder eine Rechnung für Korrekturlinsen bei uns eingereicht werden.</li> </ul>			

## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### GRENZE FÜR LEISTUNGEN

	Silver	Gold	Platinum
<b>Jährliche Leistungen - Maximalbetrag pro Anspruchsberechtigtem und Versicherungsdauer</b>	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

### Präventive zahnärztliche Behandlung

Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens drei Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

#### Silver

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Gold

Vollständige  
Kostenübernahme

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir übernehmen die Kosten für die folgenden zahnärztliche Vorsorgebehandlungen, die von einem Zahnarzt empfohlen wurden, nachdem ein Anspruchsberechtigter mindestens drei Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztlichen Behandlungen versichert war:
  - zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro Versicherungsdauer
  - Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügel, Einzelansicht und Orthopantomogramm (OPG),
  - Zahnsteinentfernung und Polieren einschließlich Auftragung von topischen Fluoriden (zwei Behandlungen pro Versicherungsdauer),
  - ein Mundschutz pro Versicherungsdauer,
  - eine Aufbissschiene pro Versicherungsdauer und
  - Fissurenversiegeler.

### Routinemäßige zahnärztliche Behandlung

Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens drei Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

#### Silver

80 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Gold

90 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir zahlen die Kosten für die folgenden routinemäßigen zahnärztlichen Behandlungen, vorausgesetzt, der Anspruchsberechtigte war mindestens drei Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert (wenn diese Behandlung für die dauerhafte Mundgesundheit notwendig und von einem Zahnarzt empfohlen wird):
  - Wurzelkanalbehandlungen
  - Zahnextraktionen
  - chirurgische Verfahren
  - Behandlungen aus gegebenem Anlass
  - Betäubungsmittel
  - Paradontalbehandlungen

### Größere restaurative zahnärztliche Behandlungen

Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens zwölf Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

#### Silver

70 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Gold

80 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Platinum

Vollständige  
Kostenübernahme

- › Wir übernehmen die Kosten für die folgenden größeren restaurativen Zahnbehandlungen, wenn der Anspruchsberechtigte seit mindestens zwölf Monaten unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert ist:
  - Zahnprothesen (Acryl/Synthetik, Metall und Metall/Acryl)
  - Kronen
  - Inlays und
  - Einsetzen von Zahnimplantaten
- › Wenn der Anspruchsberechtigte vor Bestehen eines zwölfmonatigen internationalen Versicherungsschutzes für augen- und zahnärztliche Behandlungen eine umfassende restaurative zahnärztliche Behandlung benötigt, kommen wir für 50 % der Behandlungskosten auf.

### Kieferorthopädische Behandlung

Verfügbar, sobald der Anspruchsberechtigte mindestens achtzehn Monate über diese Versicherungsoption verfügt.

#### Silver

40 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Gold

50 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

#### Platinum

50 %  
Rückerstattung pro  
Versicherungsdauer

- › Wir zahlen kieferorthopädische Behandlungen für Anspruchsberechtigte bis zu 18 Jahren, wenn sie mindestens seit 18 Monaten unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen versichert sind.
- › Wir zahlen nur für kieferorthopädische Behandlungen, wenn:
  - der Zahnarzt oder Kieferorthopäde, der die Behandlung durchführen wird, uns im Voraus eine detaillierte Beschreibung der vorgeschlagenen Behandlung (einschließlich Röntgenaufnahmen und Modelle), sowie eine Schätzung der Kosten für die Behandlung vorlegt und
  - wir die Behandlung vorab genehmigt haben.

# WIR SORGEN FÜR IHREN SCHUTZ

## Vorerkrankungen

Es gibt einige Erkrankungen, die wir ggf. gegen Zahlung einer zusätzlichen Prämie in den Vertrag aufnehmen. Unsere Mitarbeiter werden entscheiden, ob wir eine Erkrankung aufnehmen können, die normalerweise ausgeschlossen wäre. Falls es möglich ist, erstellen wir Ihnen ein Angebot mit der Option, diese Erkrankung aufzunehmen.

## Notfallversorgung außerhalb des Versicherungsgebiets

Für zusätzliche Sicherheit enthält Ihre Krankenversicherung einen kurzfristigen Krankenversicherungsschutz für Notfälle, wenn Sie einen Ort außerhalb Ihres ausgewählten Versicherungsgebiets besuchen. (Sie können als Versicherungsgebiet „Weltweit einschließlich USA“ oder „Weltweit mit Ausnahme der USA“ wählen.) Wenn Sie sich also für die Option „Weltweit mit Ausnahme der USA“ entscheiden, genießen Sie immer noch Versicherungsschutz für Notfallbehandlungen auf stationärer, teilstationärer oder ambulanter Basis (wenn bei Ihrem Vertrag der zusätzliche internationale Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen eingeschlossen ist), falls Sie sich aus geschäftlichen oder privaten Gründen vorübergehend in den USA aufhalten. Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf maximal drei Wochen pro Reise und für alle Reisen zusammengerechnet auf maximal 60 Tage pro Versicherungsdauer. Bitte entnehmen Sie die vollständigen Versicherungsbedingungen im Zusammenhang mit dieser Leistung in Ihren Vertragsunterlagen.



# SICHERER ONLINE-KUNDENBEREICH

Als Kunde von Cigna haben Sie über Ihren sicheren Online-Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen, wo auch immer Sie sich in der Welt aufhalten. Hier können Sie Ihren Vertrag effektiv verwalten. Unter anderem können Sie:

- > Ihre Versicherungsunterlagen, einschließlich Ihrer Versicherungsbescheinigung und der Cigna ID-Karten für alle Anspruchsberechtigten, die von Ihrer Versicherung abgedeckt sind, einsehen
- > die Vertragsbedingungen einsehen, die für Ihren Vertrag gelten
- > Ihren Krankenversicherungsumfang für sich und Ihre Familie prüfen
- > Erstattungsanträge online einreichen
- > medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienstleister in Ihrer Nähe ausfindig machen
- > Reiseführer einsehen, in denen Sie Informationen zum Thema Sicherheit und kulturelle Informationen zu vielen Ländern auf der ganzen Welt finden
- > unser vierteljährlich erscheinendes Kundenmagazin lesen
- > die App „Sicher reisen“ herunterladen (nur für Kunden der Platinum- und Gold-Versicherung)



# IHR REISESICHERHEITSBEGLEITER

Als Kunde unserer **Platinum- oder Gold-Versicherung** können Sie die Cigna-App „Sicher reisen“ nutzen, die eine Menge hilfreicher Ratschläge und Informationen zum Reisen bietet, einschließlich Länderprofilen, Warnungen und Nachrichten für einzelne Reiseziele in Echtzeit und vieles mehr.



Globaler Überwachungsservice, der Ihnen Push-Benachrichtigungen mit Reisenachrichten und Sicherheitshinweisen liefert



Umfangreiche Länderprofile mit Reisesicherheitshinweisen für über 195 Länder



Sichere Upload-/Speichermöglichkeit für persönliche Angaben und Reisedokumente



Tipps für die Reisevorbereitung und Informationen zu zahlreichen Themen, von Ihrer persönlichen Sicherheit bis zu Elementarrisiken



SOS-Trackingsystem, das aus Ihrem Handy ein Schutzgerät für Ihre persönliche Sicherheit macht



Zurzeit können Sie die Cigna-App „Sicher reisen“ auf Ihrem Telefon kostenfrei nutzen, wenn Sie bei Cigna Global im Platinum- oder Gold-Tarif versichert sind. Wir behalten uns das Recht vor, die Cigna-App „Sicher reisen“ zu ändern oder nicht mehr zur Verfügung zu stellen.

Nur für Apple- und Android-Geräte verfügbar.

# UNSER VERSPRECHEN AN SIE

**Vielleicht möchte Sie nicht nur etwas über Ihre Versicherung bei Cigna Global, sondern auch noch etwas mehr über uns und den Service, den Sie als Kunde von Cigna erwarten können, erfahren.**

## Umfangreiches Willkommenspaket

Sobald Sie bei Cigna versichert sind, erhalten Sie Ihre Vertragsdokumente innerhalb von 24 Stunden auf elektronischem Weg. Außerdem stehen Ihnen alle Ihre Vertragsdokumente auch in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich zur Verfügung. Wenn Sie sich entschieden haben, gedruckte Exemplare Ihrer Vertragsdokumente zu erhalten, schicken wir Ihnen diese außerdem an die uns vorliegende Postanschrift.

Bitte lesen Sie sich nach dem Erhalt alle Ihre Vertragsdokumente gründlich durch, und denken Sie daran, die Details Ihres Vertrags auf der Versicherungsbescheinigung zu prüfen. Wenn Sie eine Behandlung benötigen, müssen Sie beim Arzt Ihre Cigna ID-Karte vorlegen, um sich zu identifizieren (die Karte dient nicht zur Zahlung). Darauf finden Sie außerdem alle Telefonnummern, die Sie brauchen. Sie können sich Ihre Cigna ID-Karte in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich anzeigen lassen und ausdrucken.

## Wie erhalte ich eine Behandlung?

Alle Behandlungen müssen vorab von uns genehmigt werden. Dadurch können wir sicherstellen, dass Ihr Erstattungsantrag von Ihrer Versicherung abgedeckt ist. Unser Kundendienstteam ist Ihnen gerne dabei behilflich, ein gutes Krankenhaus oder einen kompetenten Arzt in Ihrer Nähe zu finden. Wir übernehmen nach Möglichkeit direkt die Abrechnung für Sie. Dies erspart Ihnen Zeit und Aufwand, da Sie so die Zahlung nicht selbst tätigen und später von uns zurückfordern müssen.

Sollten Sie die Behandlung einmal selbst bezahlen müssen, bemühen wir uns, Ihren Erstattungsantrag innerhalb von fünf Werktagen nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen zu bearbeiten. Im Kundenleitfaden in Ihrem Willkommenspaket finden Sie alle Informationen dazu, wie Sie eine Behandlung erhalten und einen Erstattungsantrag stellen.

## In Ihren Vertragsdokumenten finden Sie unter anderem:



### Kundenleitfaden

Dieser enthält Informationen dazu, wie Ihre Versicherung funktioniert, und eine Übersicht über die Leistungen.



### Vertragsbedingungen

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen, allgemeine Ausschlüsse und Definitionen Ihres Vertrags in einer praktischen Broschüre.



### Versicherungsbescheinigung

Diese dokumentiert, für welche Versicherung Sie sich entschieden haben, die Prämie und den/die Anspruchsberechtigte/n.



### ID-Karte

Diese Karte dient Ihnen zur Identifikation und zum Nachweis Ihres Versicherungsschutzes, wenn Sie eine Behandlung benötigen.







**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



Wichtiger Hinweis: Dieses Dokument dient nur als Referenz und stellt keinen Teil eines rechtsverbindlichen Vertrags dar. Die in diesem Dokument enthaltenen Informationen werden zum Datum der Veröffentlichung als korrekt angesehen und unterliegen Veränderungen. Dieses Material ist nur zu Informationszwecken vorgesehen und enthält eine anteilige und allgemeine Beschreibung der Leistungen. Wir empfehlen Ihnen, Ihren (Produkt-) Vertrag genau zu prüfen, um sich über die exakten Begriffe und der Bedingungen, sowie den genauen Versicherungsschutz im Klaren zu sein. Krankenversicherung und Leistungen sind verfügbar, wenn nicht von geltenden Gesetzen untersagt.

Für Versicherungen, die von Cigna Global Insurance Company Limited zur Verfügung gestellt werden, ist der Versicherungsagent die Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, die von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird.

„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. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2018 Cigna