



Cigna Global Health Options Antragsformular für den Wechsel von einer anderen Versicherung

**Hallo! Wir freuen uns, dass Sie bei uns Mitglied
werden möchten.**

Wenn Sie eine internationale Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen haben, können Sie unter Umständen zu denselben Versicherungsbedingungen zu Cigna Global Health Options wechseln. Um dafür in Frage zu kommen, müssen Sie die nachstehenden Fragen zu Ihrer Gesundheit beantworten und folgende Kriterien erfüllen:

- Sie müssen derzeit über eine internationale Einzelkrankenversicherung verfügen und dürfen nicht Teil einer Gruppenversicherung sein.
- Sie müssen eine vollständige medizinische Risikoprüfung durchlaufen haben.
- Sie müssen eine Kopie Ihrer aktuellen Versicherungsbescheinigung beifügen, auf der die aktuellen medizinischen Ausschlüsse, Zusatzprämien und/oder Nachträge aufgeführt sind.

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular aus und senden Sie es per E-Mail oder per Post an uns zurück. Unsere Kontaktinformationen finden Sie am Ende des Formulars.

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus.

ABSCHNITT A

ANTRAGSDATEN

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt für alle Personen aus, die im Rahmen der Police versichert werden sollen, einschließlich des Hauptversicherungsnehmers und aller unterhaltsberechtigten Personen.

VERSICHERUNGSNEHMER

Sie müssen uns über jede Änderung Ihrer Kontaktdaten informieren, damit wir sicherstellen können, dass unsere Korrespondenz Sie erreicht.

Titel	Vorname		Weitere Initialen	Nachname				
Geschlecht (bitte ankreuzen)	Männlich	Weiblich	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)					
Beruf								
Korrespondenzadresse (Adresse, an die der Schriftverkehr zugestellt werden soll)								
Telefonnummer tagsüber (Landesvorwahl - Nummer)								
Mobiltelefonnummer (Landesvorwahl - Nummer)								
Fax (Landesvorwahl - Nummer)								
E-Mail-Adresse								
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)								
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)								
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, gedampft, Nikotin-Ersatzprodukte oder sonstige Tabakwaren verwendet?							Ja	Nein
Wenn Ja , wie viele pro Tag? (Wenn Sie Nikotin-Ersatzprodukte verwenden oder dampfen, wählen Sie „Weniger als 20 pro Tag“)							Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag

ANGEHÖRIGER I

Vorname		Nachname						
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer		Geschlecht (bitte ankreuzen)	Männlich	Weiblich				
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Beruf						
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)								
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)								
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, gedampft, Nikotin-Ersatzprodukte oder sonstige Tabakwaren verwendet?							Ja	Nein
Wenn Ja , wie viele pro Tag? (Wenn Sie Nikotin-Ersatzprodukte verwenden oder dampfen, wählen Sie „Weniger als 20 pro Tag“)							Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag

ANGEHÖRIGER 2

Vorname		Nachname						
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer		Geschlecht (bitte ankreuzen)	Männlich	Weiblich				
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Beruf						
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)								
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)								
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, gedampft, Nikotin-Ersatzprodukte oder sonstige Tabakwaren verwendet?							Ja	Nein
Wenn Ja , wie viele pro Tag? (Wenn Sie Nikotin-Ersatzprodukte verwenden oder dampfen, wählen Sie „Weniger als 20 pro Tag“)							Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag

ANGEHÖRIGER 3

Vorname				Nachname				
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte ankreuzen)	Männlich	Weiblich		
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)								
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)								
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, gedampft, Nikotin-Ersatzprodukte oder sonstige Tabakwaren verwendet?							Ja	Nein
Wenn Ja , wie viele pro Tag? (Wenn Sie Nikotin-Ersatzprodukte verwenden oder dampfen, wählen Sie „Weniger als 20 pro Tag“)				Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag		

ANGEHÖRIGER 4

Vorname				Nachname				
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer				Geschlecht (bitte ankreuzen)	Männlich	Weiblich		
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)				Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)								
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)								
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, gedampft, Nikotin-Ersatzprodukte oder sonstige Tabakwaren verwendet?							Ja	Nein
Wenn Ja , wie viele pro Tag? (Wenn Sie Nikotin-Ersatzprodukte verwenden oder dampfen, wählen Sie „Weniger als 20 pro Tag“)				Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag		

IHR AKTUELLER PLAN

Name Ihres derzeitigen Versicherers						
Name Ihres Versicherungsplans						
Gelten für eine über diese Police versicherte Person individuelle Ausschlüsse oder Zusatzprämien?					Ja	Nein
Wann hat Ihr Versicherungsschutz begonnen? (TT/MM/JJJJ)						
Wann endet er? (TT/MM/JJJJ)						

IHR NÄCHSTER PLAN

Welchen Plan beantragen Sie?	Silver	Gold	Platinum
Wo möchten Sie Ihren Versicherungsschutz in Anspruch nehmen?	Weltweit	Weltweit ohne USA	

DATUM DES VERSICHERUNGSBEGINNS

Ich/Wir bitte(n), dass die Versicherung beginnt ab dem	Tag	Monat	Jahr
<i>Wir bestätigen Ihnen das Datum des Versicherungsbeginns Ihrer Police. Es können Wartezeiten gelten, die in Ihren Versicherungsbedingungen festgelegt sind. Diese Police ist ein sich jährlich verlängernder Vertrag mit einem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten.</i>			
Zahlungswährung	US-Dollar	Euro	Pfund Sterling
Häufigkeit der Zahlung	Monatlich	Vierteljährlich	Jährlich
Zahlungsmethode	Kredit-/Debitkarte	Banküberweisung (nur bei jährlicher Zahlung) (Wir werden Sie nach Erhalt Ihres Antrags anrufen, um die entsprechenden Details mitzuteilen.)	

ABSCHNITT B

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Bitte sagen Sie uns alles über die vergangene und aktuelle Krankengeschichte von Ihnen selbst und ALLEN anderen Personen, die über die Police versichert werden sollen. **Bitte beachten Sie, dass Sie alle Aspekte der Krankengeschichte aller Antragsteller offenlegen müssen. Dazu gehört auch, dass Sie uns über alle Änderungen bei Erkrankungen, Behandlungen oder der Medikation unterrichten sowie über empfohlene ausstehende, laufende oder wiederholte medizinische Tests.**

Nachdem Sie Ihren Antrag eingereicht haben, können wir Sie um zusätzliche Informationen bitten, bevor wir Ihren Versicherungsschutz endgültig bestätigen. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen Ihres Antrags benötigen, lassen Sie uns das bitte wissen. Wenn Sie im Namen von jemand anderem antworten, gehen wir davon aus, dass Sie korrekte Antworten geben können. Wenn Sie sich bei einer Antwort auf eine Frage nicht sicher sind, sollten Sie erforderliche Nachforschungen anstellen, damit Sie eine genaue Antwort geben können.

Fahrlässige Falschdarstellungen können dazu führen, dass Cigna:

- Ausschlüsse anwendet, Erstattungsanträge ablehnt und/oder die Versicherung kündigt.

Vorsätzliche Falschdarstellungen können dazu führen, dass Cigna:

- die Versicherung kündigt, Prämien einbehält und die Kosten von bezahlten Erstattungsanträgen zurückfordert.

Bitte beachten Sie: Sofern Sie bis zu diesem Punkt medizinische Informationen offengelegt haben, auch in Telefonaten oder Korrespondenz, müssen Sie diese bei der Beantwortung des folgenden medizinischen Fragebogens trotzdem erneut angeben.

GESUNDHEITSDATEN

Haben Sie oder eine Person, die über diese Police versichert werden soll, in den letzten 5 Jahren eine Diagnose, eine Behandlung oder eine Überprüfung erhalten in Bezug auf:

- Krebs oder einen Tumor
- Herz- oder Kreislauferkrankung oder -störung
- Schlaganfall oder neurologische Erkrankung oder Störung
- Operation an der Wirbelsäule oder Joint Gelenkersatz
- Psychische Erkrankung oder Neuroentwicklungsstörungen

Ja

Nein

Haben Sie oder eine andere Person, die im Rahmen dieser Police versichert werden soll:

- Eine chronische oder wiederkehrende Erkrankung, aufgrund der in den letzten 12 Monaten Symptome aufgetreten sind oder Sie behandelt wurden (einschließlich verordneter Medikamente)?
- Geplante oder anstehende Behandlungen, Tests oder Untersuchungen?

Ja

Nein

Zur Klarstellung: Eine chronische Erkrankung ist eine lang anhaltende oder wiederkehrende Erkrankung. Oder eine Krankheit, Verletzung, Erkrankung, die eine kontinuierliche Überwachung, Behandlung (einschließlich Medikation) oder Rehabilitation erfordert und länger als 3 Monate andauert.

Sind Sie oder eine andere Person, die im Rahmen dieser Police versichert werden soll, derzeit schwanger?

Ja

Nein

Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage unsicher sind, sollten Sie die notwendigen Nachforschungen anstellen, um eine genaue Antwort geben zu können.

ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSDATEN

Wenn Sie eine der obigen Fragen mit **Ja** beantwortet haben, machen Sie bitte genaue Angaben:

	Erkrankung/ Symptome/ Diagnose	Datum des Eintritts	Tests/ Untersuchungen	Medikamente/ Behandlung	Datum der letzten Symptome/ Behandlung	Aktueller Gesundheitszustand
Versicherungs- nehmer						
Angehörige/r 1						
Angehörige/r 2						
Angehörige/r 3						
Angehörige/r 4						

ABSCHNITT C

ERKLÄRUNG FÜR ALLE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Ich erkläre hiermit, dass ich mit angemessener Sorgfalt darauf geachtet habe, alle Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten. Mir ist bewusst, dass fehlende oder falsche Angaben in diesem Fragebogen dazu führen können, dass Cigna Leistungsanträge ablehnt und/oder den Versicherungsschutz im Rahmen der Versicherungsbedingungen kündigen kann.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede Person, die durch diese Police versichert ist. Wenn wir auf angemessener Grundlage feststellen, dass Sie oder eine versicherte Person uns vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder irreführende Informationen bereitgestellt haben, könnte sich das negativ auf diese Police auswirken, und wir können diese Police so behandeln, als hätte sie nie existiert, wir können Ihre Versicherungsbedingungen ändern oder Ihre Police kündigen. Ich garantiere und versichere, dass ich die Zustimmung jeder versicherten Person zur Weitergabe der in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler personenbezogener Daten (z. B. medizinische Daten), an Sie habe. Ich bestätige, dass jede versicherte Person sich ihrer Pflicht bewusst ist, angemessene Sorgfalt walten zu lassen, um Ihre Fragen genau, ehrlich, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

(Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie die obigen Angaben im Namen einer anderen Person machen, verpflichtet sind, einen Nachweis über die Zustimmung der versicherten Familienmitglieder, die Sie hiermit erteilen, in Form der tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen aufzubewahren.)

Hiermit beantrage ich bei Cigna den Beginn des Versicherungsschutzes zum Versicherungsdatum oder einem anderen vereinbarten Datum. Sollte sich herausstellen, dass ich oder eine versicherte Person vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder ungenaue Angaben gemacht haben, kann Cigna den Versicherungsvertrag in Bezug auf mich oder die versicherte Person für ungültig erklären und alle Erstattungsanträge ablehnen und muss keine eingezahlten Prämien zurückerstatten, es sei denn, die Einbehaltung der Prämien wäre nicht gerechtfertigt. Ich habe die Versicherungsbedingungen und den Leitfaden für Kunden, die Bestandteil meines Versicherungsvertrags sind, sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden, sie einzuhalten.

Unterschrift									
Datum (TT/MM/JJJJ)									
Wenn Sie für oder im Namen des Hauptversicherungsnehmers unterschreiben, sichern Sie uns mit Ihrer Unterschrift zu, dass Sie die obige Erklärung gelesen haben und befugt sind, diesen Antrag abzuschließen:									
Unterschrift									
Datum									
Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer aus	<table><tr><td>Makler</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Vertreter</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Andere (bitte angeben)</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></table>	Makler	<input type="checkbox"/>	Vertreter	<input type="checkbox"/>	Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>		
Makler	<input type="checkbox"/>	Vertreter	<input type="checkbox"/>						
Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>								

BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Jede Person, die unehrlich und in der Absicht, sich selbst einen Vorteil zu verschaffen oder einem anderen einen Schaden zuzufügen oder einen anderen einem Verlustrisiko auszusetzen, (1) einen Versicherungsantrag stellt oder einen Anspruch aus einem Versicherungsvertrag geltend macht, von dem sie weiß, dass er unwahr oder irreführend ist; oder wer (2) bei der Stellung eines Versicherungsantrags oder der Geltendmachung eines Anspruchs aus einem Versicherungsvertrag unredlich und in der Absicht, sich selbst einen Vorteil zu verschaffen oder einem anderen einen Schaden zuzufügen oder einen anderen einem Verlustrisiko auszusetzen, Informationen, nach denen gefragt wurde, nicht offenlegt, begeht Betrug. Wir werden alle Erstattungsanträge oder Versicherungsanträge untersuchen, bei denen wir Grund zu der Annahme haben, dass sie betrügerisch sind. Jeder Betrug kann dazu führen, dass Ihr Vertrag gekündigt wird und Ihre Erstattungsanträge nicht bezahlt werden. Zum Zweck der Aufdeckung und Verhinderung von Betrug können wir Informationen über einen Betrugsverdacht an andere Versicherungsgesellschaften und/oder an Strafverfolgungsbehörden weitergeben.

WIE WIR IHRE ANGABEN VERWENDEN

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler Daten (insbesondere Informationen über Ihre Krankengeschichte und jegliche medizinische Behandlung, die Sie haben oder hatten), in Übereinstimmung mit den einschlägigen Datenschutzgesetzen erheben, verwenden, speichern und weitergeben. Wir sammeln und verwenden Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler Daten, für die Erfüllung unserer Pflichten im Rahmen dieser Versicherung.

Wir können Ihre Daten, einschließlich sensibler Daten, an andere Cigna-Unternehmen und autorisierte Gesundheitsdienstleister weitergeben, wenn dies zur Erfüllung unserer Verpflichtungen im Rahmen dieses Plans erforderlich ist. Diese Erklärung gilt auch für personenbezogene Daten von Begünstigten, die in diesem Antragsformular aufgeführt sind.

Sie haben das Recht, eine Kopie Ihrer von uns gespeicherten personenbezogenen Daten anzufordern, und Begünstigte im Rahmen Ihrer Police haben das Recht, eine Kopie der personenbezogenen Daten, die wir über sie gespeichert haben, anzufordern. Wir können für die Bereitstellung dieser Informationen eine Gebühr erheben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Cigna meine personenbezogenen und in besondere Kategorien fallenden Daten zu den Zwecken erhebt, die im Rahmen des von mir abgeschlossenen Versicherungsvertrags erforderlich sind, und diese Daten verwendet und weitergibt.

SONDERANGEBOTE, AKTIONEN, PRODUKTE UND DIENSTLEISTUNGEN

Wir möchten mit Ihnen in Kontakt bleiben, um Sie über unsere Sonderangebote, Aktionen, Produkte und Dienstleistungen auf dem Laufenden zu halten, die für Sie interessant sein könnten.

Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte hier an

Falls ja, wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

E-Mail

Telefon

**Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail
oder per Post an:**

**Cigna Global Health Options
The Grosvenor Building
72 Gordon Street
Glasgow
G1 3RS
Vereinigtes Königreich**

E-Mail: cgi.sales@cigna.com



Der Name Cigna Healthcare, das Logo und andere Cigna-Marken sind Eigentum von Cigna Intellectual Property, Inc. und werden von The Cigna Group und ihren operativen Tochtergesellschaften in Lizenz verwendet. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu den operativen Tochtergesellschaften 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.
© 2024 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.

Für Versicherungen, die von Cigna Global Insurance Company Limited angeboten werden, ist der Underwriting Agent die Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, die von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird.