



Cigna Global Health Options

Vertrags- Bedingungen

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und
Definitionen in Bezug auf Ihren Plan

INHALT

Bitte lesen Sie diese Vertragsbedingungen zusammen mit Ihrer Versicherungsbescheinigung, Ihrem Kundenleitfaden und Ihrem Antragsformular durch, denn sie sind alle Bestandteil Ihres Vertrages zwischen Ihnen und uns. Bei Bedarf können Sie sich von einem Experten beraten lassen, wenn Sie herausfinden möchten, ob dieser Versicherungsvertrag für Sie angemessen ist.

Sofern nicht anders angegeben, haben die im Abschnitt 3 angeführten, „Definitionen“, enthaltenen Wörter und Ausdrücke bei ihrer Verwendung in diesen Vertragsbedingungen und Ihrem Kundenleitfaden (einschließlich des Abschnitts mit der Leistungstabelle auf den Seiten 17-47) in diesem Abschnitt angegebene Bedeutung.

Die folgenden Abschnitte enthalten wichtige Informationen zu Ihrer Cigna Global Health Options Versicherung.

Rechtliche und aufsichtsrechtliche Informationen	Seite 3
Beschwerden	Seite 3
Kontakt	Seite 3
Abschnitt I: Allgemeine Bedingungen	Seite 4
1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung.....	4
2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes.....	5
3. Informationen, die Sie uns vorlegen müssen.....	6
4. Kostenlose Widerrufsfrist.....	8
5. Prämien und andere Gebühren.....	8
6. Kündigung.....	10
7. Betrug.....	11
8. Versicherungsoptionen.....	12
9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil.....	13
10. Aufnahme oder Herausnahme von Begünstigten	14
11. Änderungen an von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten.....	16
12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden.....	17
13. Vertragsverlängerung.....	17
14. Datenschutz.....	18
15. Wer kann die Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?.....	18
16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten.....	18
17. Andere Versicherung.....	19
18. Vertragsanpassungen.....	20
19. Sanktionen.....	20
20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten.....	20
Abschnitt 2: Allgemeine Ausschlusskriterien	Seite 22
Abschnitt 3: Definitionen	Seite 27

RECHTLICHE UND AUFSICHTSRECHTLICHE INFORMATIONEN

Die Versicherung wird bereitgestellt von:

**Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., UK branch
(Financial Services Register No. 207198)**

mit Sitz im Vereinigten Königreich::

**13th Floor, 5 Aldermanbury Square
London EC2V 7HR**

Die Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V. ist eine Versicherungsgesellschaft, Niederlassung im Vereinigten Königreich, ist von der belgischen Nationalbank zugelassen und wird von dieser beaufsichtigt. Von der Finanzaufsichtsbehörde des Vereinigten Königreichs genehmigt. Sie wurde auch von der britischen Finanzaufsichtsbehörde (Prudential Regulation Authority) zugelassen und wird im Vereinigten Königreich durch die Financial Conduct Authority und in eingeschränktem Maße von der Prudential Regulation Authority reguliert. Informationen zu dem aufsichtsrechtlichen Status von Cigna Healthcare UK erhalten Sie über das Financial Services Register, auf das Sie über <https://register.fca.org.uk/s/> zugreifen können.

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V. ist eine private Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die in Belgien von der belgischen Nationalbank reguliert wird und im Brüsseler Handelsregister (Nummer 0474.624.562) in der Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium eingetragen ist.

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

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

Dieser Vertrag unterliegt dem Recht von Singapur und wird in Übereinstimmung mit diesem ausgelegt.

Dieser Vertrag wird von Cigna European Services (UK) Limited verwaltet (Finanzdienstleistungs-registernr. 788765), ein in England und Wales eingetragenes Unternehmen mit Sitz in 13th Floor, 5 Aldermanbury Square, London EC2V 7HR. Die USt-IdNr. 740445451 (Firmennummer 00199739) ist eine ernannte Vertretung der Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V, UK-Niederlassung.

Dieser Vertrag ersetzt keine staatliche Krankenversicherung. Sie sollten sich angemessen beraten lassen, bevor Sie die Beitragszahlungen Ihrer staatlichen Krankenversicherung einstellen.

BESCHWERDEN

Alle Beschwerden sollten zuerst an uns an die Adresse geschickt werden, die im Abschnitt „Kontakt“ angegeben ist.

Wurde der Beschwerde nicht abgeholfen, kann sie an den Financial Ombudsman Service unter folgender Adresse weitergeleitet werden:

**The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR**

Telefon: **0800 0 234 567**
Oder außerhalb Großbritanniens: **+44 (0) 2079 640 500**
E-Mail: **complaint.info@financial-ombudsman.org.uk**

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

SO TRETEN SIE MIT UNS IN KONTAKT

Um bei Fragen zu Ihrer Police mit uns in Kontakt zu treten, senden Sie uns bitte eine E-Mail an:

cignaglobal_customer.care@cigna.com

Alternativ können Sie unseren rund um die Uhr verfügbaren Kundendienst anrufen, unter:

+44 (0) 1475 788 182 oder von außerhalb der USA unter: **0800 835 7677**.

Sie können uns auch an die folgende Anschrift schreiben:

**Cigna Global Health Options Kundendienst
1 Knowe Road, Greenock
Scotland PA15 4RJ**

Geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer, Ihren vollständigen Namen und die im Antragsformular verwendete E-Mail-Adresse an, damit wir Sie identifizieren können. Die vollständigen Angaben zu Ihren Kündigungsrechten entnehmen Sie bitte Klausel 6 dieser Versicherungsbedingungen

* Bei bestimmten Fragen kann unser Kundendienst Sie an unser internes Team von Spezialisten verweisen, die die während der Arbeitszeiten (Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr CET) zur Verfügung stehen.

ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Deckungsumfang und Anspruchsberechtigung

1.1

Dieser Versicherungsvertrag wird nur Anspruchsberechtigten mit britischer Staatsangehörigkeit, die in Großbritannien leben und für Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, angeboten. Für im Ausland lebende Personen deckt dieser Vertrag die Kosten einer Behandlung im Land der Staatsangehörigkeit des Anspruchsberechtigten nur dann, wenn sich der Anspruchsberechtigte nur vorübergehend im Land seiner Staatsangehörigkeit aufhält. Diese Umstände dürfen insgesamt nicht mehr als einhundertachtzig (180) Tage pro Versicherungsdauer betragen, und das Land der Staatsangehörigkeit muss innerhalb des ausgewählten Versicherungsgebiets liegen (siehe Abschnitt II für weitere Einzelheiten).

Um jeden Zweifel auszuschließen, unterliegt ein Bürger Großbritanniens während eines Zeitraums, in dem er seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Großbritannien hat, nicht der Hundertachtzigtageregel (180). Wenn ein Bürger Großbritanniens jedoch für einen bestimmten Zeitraum als eine im Ausland lebende Person betrachtet wird, gilt diese Einschränkung.

1.2

Vorbehaltlich der Bedingungen, Konditionen, Limiten, Ausschlüsse (und gegebenenfalls der auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegebenen besonderen Ausschlüsse) dieser Police bietet Cigna Healthcare Ihnen und anderen Begünstigten aus Ihrer Police Versicherungsschutz für medizinische und damit verbundene Kosten im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Behandlungen, die von einem Arzt empfohlen werden und innerhalb des ausgewählten Geltungsbereichs bei Verletzungen und Erkrankungen erteilt werden. Die Behandlung muss angemessen sein und - sofern mit uns nicht anderweitig vereinbart - während des Versicherungszeitraums durchgeführt werden, und es gelten

die Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen und Deckungsgrenzen gemäß Klausel 9.

1.3

In manchen Fällen können wir nach freiem Ermessen darin einwilligen, einen medizinischen Ausschluss für Sie oder einen Begünstigten aus Ihrer Police gegen Zahlung einer Zusatzprämie aufzuheben. Eine solche Vereinbarung wird im Rahmen der Antragstellung und noch vor dem Startdatum der Police getroffen.

1.4

Um diese Police zu erwerben, müssen Sie zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses mindestens achtzehn (18) Jahre alt sein. Wir behalten uns das Recht vor, die Police zu kündigen, sollte zu irgendeinem Zeitpunkt kein Begünstigter über diese Police versichert sein, der mindestens achtzehn (18) Jahre alt ist.

1.5

Wenn sich von Ihnen bei der Antragstellung übermittelte Informationen vor dem anfänglichen Startdatum Ihrer Police ändern, müssen Sie uns hierüber in Kenntnis setzen (für Änderungen, die sich während des Versicherungszeitraums ergeben, siehe Klausel II). Wir behalten uns das Recht vor, die Police zu kündigen oder Zusatzprämien zu erheben oder zusätzliche Ausschlüsse anzuwenden, sollten sich an Ihrem Gesundheitszustand oder anderen personenbezogenen Informationen wesentliche Änderungen ergeben, die Sie uns vor dem anfänglichen Startdatum der Police mitgeteilt haben. Sie müssen sich vergewissern, dass alle Informationen, die Sie uns bereitstellen, korrekt sind, und im Falle von Unsicherheiten müssen Sie die erforderlichen Auskünfte einholen, um die entsprechenden Informationen zu erhalten. Sollten Sie uns während dieses Zeitraums auftretende wesentliche Änderungen - - vorsätzlich oder aus Fahrlässigkeit - vorenthalten, werden wir ein solches Vorgehen als Falschdarstellung behandeln, was sich auf Ihren Versicherungsschutz aus dieser Police oder die Zahlung von Erstattungsanträgen auswirken kann. Weitere Informationen finden Sie in Klausel 3.

1.6

Diese Police deckt keine Kosten in Verbindung mit:

- i. Behandlungen, die Sie vor Versicherungsbeginn erhalten haben; oder
- ii. sofern mit uns nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wurde, Behandlungen, die Sie nach Ablauf des Versicherungsschutzes erhalten haben (selbst dann, wenn die betreffende Behandlung von uns vor Ablauf des Versicherungsschutzes genehmigt wurde).

2. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

2.1

Bei dieser Police handelt es sich um einen Vertrag mit einer jährlichen Verlängerung. Das bedeutet, dass der Versicherungszeitraum ein (1) Jahr nach dem Startdatum endet, sofern der Vertrag nicht vor dem Enddatum gekündigt oder automatisch verlängert wird. Nähere Informationen dazu, wie diese Police vor dem Enddatum gekündigt werden kann, entnehmen Sie bitte den Klauseln 2, 3, 4 und 6. Nähere Informationen zur Vertragsverlängerung am Ende eines Versicherungszeitraums entnehmen Sie bitte Klausel 13.

2.2

Vorbehaltlich einer Kündigung gemäß Klausel 4 gilt: Wenn diese Police innerhalb der ersten drei (3) Monate (Mindestversicherungszeitraum) nach dem anfänglichen Startdatum endet, werden die für die ersten drei (3) Monate der Deckung gezahlten Prämien, nicht zurückerstattet, unabhängig davon, ob Sie während dieses Versicherungszeitraums Erstattungsanträge eingereicht haben oder nicht. Zudem sind Sie verpflichtet, die für diesen anfänglichen Zeitraum von drei (3) Monaten gegebenenfalls noch ausstehenden Prämien zu zahlen.

Endet diese Police nach dem Mindestversicherungszeitraum (d. h. nach den ersten drei (3) Monaten des anfänglichen Startdatums, aber vor dem Enddatum), werden die Prämien, die für den Zeitraum nach Ablauf der Versicherung und Beendigung des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, zurückerstattet, sofern während des Versicherungszeitraums keine

Erstattungsanträge eingereicht wurden oder noch eingereicht werden und keine Kostenübernahmeerklärungen ausgestellt wurden.

Wenn diese Police zu einem Zeitpunkt vor dem Enddatum endet, und Sie im Rahmen dieser Police Erstattungsanträge eingereicht haben, eine Kostenübernahmeerklärung erhalten haben oder Behandlungskosten noch nicht erstattet wurden, werden Ihnen die Prämien, die Sie für den Zeitraum nach Ablauf der Police gezahlt haben, nicht zurückerstattet.

Wenn Sie Ihre Jahresprämie im Verlauf des Jahres in mehreren Teilbeträgen zahlen, dann müssen Sie den verbleibenden Betrag bis zur Höhe der Jahresprämie für die vollen zwölf (12) Monate entweder über terminierte Zahlungen begleichen oder indem Sie den ausstehenden Prämienbetrag sofort vollumfänglich begleichen.

2.3

Mit Ihrem Tod endet die Deckung für alle Begünstigten, sofern uns nicht ein Begünstigter innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dem Sterbedatum die Sterbeurkunde (oder ein vergleichbares Dokument) vorlegt und uns mitteilt, dass er als Versicherungsnehmer die Police übernehmen will. Wenn einer der Begünstigten den Versicherungsschutz als Versicherungsnehmer entsprechend den Versicherungsbedingungen übernehmen will, muss er uns hierüber innerhalb von dreißig (30) Tagen unterrichten und uns eine Kopie der Sterbeurkunde aushändigen. Um Versicherungsnehmer werden zu können, muss der Begünstigte die in Klausel 1 dargelegten Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

Wenn kein Begünstigter den Versicherungsschutz als Versicherungsnehmer fortführen möchte, endet jegliche Deckung, und wir leisten keine Zahlungen im Zusammenhang mit Behandlungen oder Dienstleistungen, die am oder nach dem Datum, an dem die Police endet, erhalten werden. In einem solchen Fall findet Klausel 6.5 keine Anwendung, und Sie haben einen Anspruch auf Erstattung jeglicher für den Zeitraum nach Beendigung der Police gezahlten Prämien.

3. Informationen, die Sie uns vorlegen müssen

3.1 Im Rahmen der Antragstellung

Bei der Entscheidung, diese Police zu genehmigen, und bei der Festsetzung der Konditionen und Prämien haben wir uns auf die von Ihnen bereitgestellten Informationen verlassen. Sie müssen die von uns gestellten Fragen sorgfältig beantworten und sich vergewissern, dass alle Informationen vollständig und korrekt sind. Wir verlangen von Ihnen, dass Sie uns zum Datum der Antragstellung einen vollständigen Überblick über Ihre Krankenvorgeschichte geben und alle medizinischen Symptome bzw. alle sonstigen medizinischen Informationen mitteilen, die für uns bei der Bestimmung, ob wir Ihnen Versicherungsschutz gewähren, relevant sein können.

Sollten Sie dies nicht tun, und sollten wir nach der Underwriting-Risikoprüfung begründeten Anlass dazu haben, dass Sie uns unzutreffende, falsche oder irreführende Informationen bereitgestellt haben und/oder fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich maßgebliche medizinische Informationen vorenthalten haben, einschließlich einer umfassenden Beantwortung des medizinischen Fragebogens als Bestandteil des Antragsformulars, können wir dies berechtigterweise als Falschdarstellung behandeln, was diese Police und im Rahmen dieser Police gestellte Erstattungsanträge negativ beeinflussen kann.

3.1.1

Sollten wir zu dem Schluss gelangen, dass die Falschdarstellung aus Fahrlässigkeit resultiert, behalten wir uns das Recht vor:

- i. diese Police so zu behandeln, als wäre sie nie abgeschlossen worden; die Zahlung aller Erstattungsanträge und eine Rückzahlung der geleisteten Prämie abzulehnen. Solche Maßnahmen ergreifen wir nur dann, wenn wir Ihnen diesen Versicherungsschutz nicht gewährt hätten, wären uns die vollständigen Sachverhalte oder Umstände bekannt gewesen; oder
- ii. die Konditionen Ihrer Police zu ändern, insbesondere durch Aufnahme eines medizinischen Ausschlusses; und/oder

- iii. in Fällen, in denen wir ohne die Falschdarstellung eine höhere Prämie verlangt hätten, die Zahlung der in Bezug auf einen Erstattungsantrag von uns zu übernehmenden Beträge abzulehnen oder anteilmäßig zu verringern.

3.1.2

Sollten wir zu dem Schluss gelangen, dass die Falschdarstellung vorsätzlich oder aus grober Fahrlässigkeit resultiert, behalten wir uns das Recht vor:

- i. diese Police so zu behandeln, als wäre sie nie abgeschlossen worden; die Zahlung aller Erstattungsanträge abzulehnen und die geleisteten Prämienzahlungen einzubehalten; oder
- ii. Ihre Police im Einklang mit Klausel 6.2 zu kündigen.

Wir können diese geänderten Konditionen rückwirkend zum Start Ihrer Police anwenden, wenn ein eingereichter Erstattungsantrag aufgrund Ihrer Falschdarstellung für uns nachteilige Auswirkungen hat.

Wenn einer der vorgenannten Fälle eintritt, werden wir Sie schriftlich innerhalb von 14 Tagen unterrichten, nachdem wir von Ihnen aktualisierte und korrekte Informationen erhalten haben oder nach Erhalt der Ergebnisse aus unserer Underwriting-Risikoprüfung aus begründetem Anlass.

Wenn Sie Kenntnis darüber erlangen, dass Informationen, die Sie uns während der Antragstellung übermittelt haben, unzutreffend sind, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich über eine der Optionen im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Vertragsbedingungen mitteilen.

3.2 Im Rahmen der Erteilung einer vorherigen Genehmigung

Um im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung für einen Begünstigten Ihrer Police stationäre und teilstationäre Behandlungen abzudecken, müssen Sie von uns eine vorherige Genehmigung einholen. Für die Genehmigung der Behandlung wird von unserem medizinischen Team eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durchgeführt, für die Sie alle erforderlichen Informationen bereitstellen müssen, einschließlich des ärztlichen Berichts, des Behandlungsplans,

der ärztlichen Untersuchung sowie sonstiger maßgeblicher Informationen im Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung.

Zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit können wir Zugang zu zusätzlichen Informationen verlangen, die wir von Ihrem Arzt oder Gesundheitsdienstleister einholen. Aus diesem Grund ist es erforderlich:

- i. dass Sie uns den Zugang zu dem behandelnden Arzt oder der betreffenden medizinischen Einrichtung gewähren; und
- ii. dass Sie uns die Ermächtigung erteilen, uns über bestimmte Behandlungen oder Dienstleistungen zu informieren, die einem Begünstigten Ihrer Police erteilt bzw. erbracht werden. In bestimmten Fällen können wir den Zugriff auf die Krankenakte eines Begünstigten Ihrer Police von Ihrem ermächtigten Arzt verlangen.

Sollten Sie, Ihr behandelnder Arzt oder Gesundheitsdienstleister die Bereitstellung der geforderten Informationen unterlassen oder verzögern, behalten wir uns das Recht vor, einige oder mehrere der folgenden Abhilfemaßnahmen zu ergreifen:

- i. Verzögerung der Genehmigung der Behandlung;
- ii. Ablehnung der Genehmigung der Behandlung;
- iii. Verringerung des Betrags, den wir von den Behandlungskosten übernehmen, um zwanzig (20) Prozent;
- iv. Ablehnung, die sich aus dem entsprechenden Erstattungsanspruch ergebende Zahlung vollumfänglich oder teilweise zu leisten, wenn die medizinische Notwendigkeit nicht von unserem klinischen Team bestimmt werden kann;
- v. Änderung der Konditionen Ihrer Police.

In den meisten Fällen stellen wir Ihnen und/oder Ihrem Gesundheitsdienstleister Ihrer Wahl im Rahmen der vorherigen Genehmigung eine Kostenübernahmeerklärung aus. Dies bedeutet, dass wir im Voraus einwilligen, die Kosten einer bestimmten Behandlung bei diesem Dienstleister auf Grundlage des von Ihnen vorgelegten und von uns genehmigten Kostenvorschlags im Einklang mit der gängigen klinischen Praxis und in Höhe

der angemessenen medizinischen Kosten teilweise oder vollumfänglich zu übernehmen.

3.3 Im Rahmen des Erstattungsverfahrens

In Fällen, in denen Sie oder ein Begünstigter Zahlungen an ein Krankenhaus, eine Klinik oder einen Arzt für eine erstattungsfähige Behandlung direkt geleistet haben, sollten Sie Ihre Rechnung, Ihr Rezept und Ihr Erstattungsformular so bald wie möglich nach der erfolgten Behandlung bei uns einreichen. Um eine Erstattung an Sie zu leisten, können wir verlangen, dass Sie uns zusätzliche Informationen bereitstellen, einschließlich des ärztlichen Berichts, des Behandlungsplans, der ärztlichen Untersuchung sowie sonstiger maßgeblicher Informationen im Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankung. In bestimmten Fällen können wir Zugang zu zusätzlichen Informationen verlangen, die wir von Ihrem Arzt oder Gesundheitsdienstleister einholen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass Sie uns den Zugang zu dem behandelnden Arzt oder der betreffenden medizinischen Einrichtung gewähren und dass Sie uns die Ermächtigung erteilen, uns über bestimmte Behandlungen oder Dienstleistungen zu informieren, die einem Begünstigten Ihrer Police erteilt bzw. erbracht werden.

Sollten Sie die Bereitstellung der gewünschten Informationen unterlassen oder verzögern, behalten wir uns das Recht vor, einige oder mehrere der folgenden Abhilfemaßnahmen zu ergreifen:

- i. Verzögerung des Erstattungsverfahrens;
- ii. Ablehnung des Erstattungsverfahrens; oder
- iii. Änderung der Konditionen Ihrer Police.

Bei der Einschätzung Ihres Erstattungsantrags können wir die angemessenen und üblichen Kosten vergleichbarer Behandlungen und Dienstleistungen prüfen. Wir übernehmen solche Behandlungskosten nur, wenn wir uns davon überzeugt haben, dass diese Kosten die üblichen Honorare am Ort der Behandlung und gemäß der gängigen klinischen und medizinischen Praxis nicht übersteigen.

4. Kostenlose Widerrufsfrist

Sie haben das gesetzliche Recht, Ihre Police innerhalb von vierzehn (14) Tagen ab dem Startdatum Ihrer Police zu kündigen. Wenn Sie die Police innerhalb der gesetzlichen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen stornieren möchten und wir keinen Erstattungsanspruch beglichen und keine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben, werden wir Ihre Prämie vollumfänglich erstatten. Haben wir indes einen Erstattungsantrag beglichen oder eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt, werden wir eine gezahlte Prämie nicht zurückerstatten, und Sie sind verpflichtet, ausstehende Prämien zu bezahlen. Wenn Sie diese Police kündigen wollen, treten Sie bitte über eine der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen mit uns in Kontakt.

Wenn Sie von Ihrem Recht, diese Police während der kostenlosen Widerrufsfrist zu stornieren, nicht Gebrauch machen, bleibt die Police ab dem anfänglichen Startdatum für ein (1) Jahr in Kraft, und Sie sind verpflichtet, die für diesen Zeitraum fälligen Prämienzahlungen an uns zu leisten.

Vorbehaltlich der Bedingungen aus Klausel 2.2 können sowohl wir als auch Sie von anderen Kündigungsrechten im Anschluss an die vierzehntägige (14-tägige) kostenlose Widerrufsfrist Gebrauch machen. Diese werden in Klausel 6 dargelegt.

5. Prämien und andere Gebühren

5.1

Ihre Versicherungsbescheinigung legt die Prämie und alle sonstigen zu zahlenden Gebühren (wie Steuern) fest, und gibt an, wann und wie diese gezahlt werden müssen. Wie in Klausel 2 angegeben und sofern Sie die Police nicht innerhalb der kostenlosen Widerrufsfrist stornieren, müssen Sie die Prämie für den Mindestzeitraum von drei (3) Monaten zahlen, unabhängig von der gewählten Zahlungshäufigkeit oder von dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsschutz endet.

Die Zahlungen müssen in der Währung und in der Weise erfolgen, die auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben ist.

5.2

Wenn Sie oder Begünstigte für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung keine vorherige Genehmigung einholen, obwohl dies erforderlich wäre, kürzen wir den Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen, um zwanzig (20) Prozent.

In Fällen, bei denen wir uns davon überzeugt haben, dass sich die Kosten aus einer medizinisch erforderlichen Notfallbehandlung ergeben haben, wird keine Kürzung vorgenommen. Keine vorherige Genehmigung ist erforderlich, wenn eine Notfallbehandlung durchgeführt werden muss (zum Beispiel, wenn ein Menschenleben bedroht ist). Sie oder jemand, der in Ihrem Namen handelt, müssen uns jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Durchführung der Notfallbehandlung kontaktieren, oder wenn dies in der jeweiligen Situation nicht praktikabel ist, so bald wie vernünftigerweise möglich.

5.3

In den USA sollten Behandlungen üblicherweise in Krankenhäusern, Kliniken, Apotheken oder von Ärzten durchgeführt werden, die dem Cigna Healthcare-Netzwerk in den USA angehören. Eine vollständige Liste der Krankenhäuser, Kliniken und Ärzte aus dem Cigna Healthcare-Netzwerk finden Sie in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich. Sollten Sie oder ein Begünstigter in den USA von einem Gesundheitsdienstleister behandelt werden, der nicht dem Cigna Healthcare-Netzwerk angehört, dann kürzen wir den Betrag, den wir von den medizinischen Kosten bzw. den Behandlungskosten übernehmen, um zwanzig (20) Prozent.

Wir werden den Betrag, den wir zahlen bzw. erstatten, hingegen nicht reduzieren, wenn Sie nachweisen können, dass:

- i. es zum Zeitpunkt, zu dem Sie sich in Behandlung begeben haben, keinen Cigna Healthcare-Netzwerkdienstleister im Umkreis von 30 Meilen/ 50 Kilometern zu Ihrem Standort gab; oder
- ii. die betreffende Behandlung als medizinisch notwendig erachtet wird, jedoch nicht von einem Cigna Healthcare-Netzwerkdienstleister angeboten wird; oder
- iii. die betreffende Behandlung aufgrund eines Notfalls erforderlich ist oder war.

Bitte beachten Sie, dass wir nach eigenem Ermessen und ohne Vorankündigung Änderungen am Cigna Healthcare-Netzwerk vornehmen können, indem wir Krankenhäuser, Kliniken, Haus- und Fachärzte oder Apotheken auf- und/oder herausnehmen. Wir werden die Übersicht über medizinische Dienstleister in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich entsprechend aktualisieren.

5.4

In den meisten Fällen begleichen wir Ihre medizinischen Kosten direkt bei dem Krankenhaus, der Klinik oder dem Arzt. In Fällen, in denen Sie oder Begünstigte Ihre Kosten direkt bei dem Krankenhaus, der Klinik oder dem Gesundheitsdienstleister begleichen müssen, reichen Sie uns bitte so bald wie möglich, nachdem Ihnen die Behandlungskosten entstanden sind, Ihre Rechnung und ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular ein. Alle Erstattungsanträge, einschließlich der Rechnungen, müssen uns innerhalb von zwölf (12) Monaten ab dem Behandlungstermin bzw. dem Tag, an dem die Kosten entstanden sind, eingereicht werden. Wenn Erstattungsanträge von Ihnen oder einem Gesundheitsdienstleister erst nach Verstreichen dieser Frist von zwölf (12) Monaten ab dem Behandlungstermin bei uns eingereicht werden, leisten wir keine Zahlung bzw. Erstattung.

5.5

Alle Anträge unterliegen dem geltenden Selbstbehalt, den Kostenbeteiligungen und Deckungsgrenzen, die in diesen Versicherungsbedingungen, dem Kundenleitfaden und Ihrer Versicherungsbescheinigung festgelegt sind.

5.5.1

Die Begleichung der Erstattungsanträge erfolgt in der Währung, in der die Forderung entstanden ist, oder auf Antrag in der Währung, in der die Prämie dieser Police gezahlt wird. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage des anwendbaren Wechselkurses.

Sie oder ein Begünstigter können einen Antrag auf Begleichung des Erstattungsantrags in einer anderen Währung stellen. Wenn wir uns bereit erklären, die Erstattung gemäß einem Antrag auf eine andere Währung durchzuführen, erheben wir hierfür eine

übliche Servicegebühr von 3 % auf den anwendbaren Wechselkurs.

Die Servicegebühr wird auf den für die gewünschte Währung geltenden Wechselkurs aufgeschlagen und wirkt sich damit auf den erstatteten Endbetrag aus. Dies bedeutet, dass bei einem Antrag auf eine andere Währung der erstattete Betrag unter Berücksichtigung von Wechselkursschwankungen niedriger ausfallen kann als der ursprünglich im Rahmen eines Erstattungsantrags geforderte Betrag.

Für den Fall, dass einem Antrag auf eine bestimmte andere Währung nicht entsprochen werden kann, werden wir mit Ihnen in Verbindung treten, um zu erfragen, ob Sie einen weiteren Antrag auf eine andere Währung stellen möchten oder ob die Erstattung zu den üblichen Konditionen durchgeführt werden kann.

Sie oder ein Begünstigter können sich mit einer der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen an uns wenden, um den für einen bestimmten Erstattungsantrag anwendbaren Wechselkurs zu erfahren. Wir behalten uns das Recht vor, die Servicegebühr jederzeit unter Wahrung einer Frist von sechzig (60) Tagen zu ändern oder entfallen zu lassen.

5.6

Wenn Sie Ihre Prämie und/oder sonstige Gebühren nicht bei Fälligkeit zahlen, schreiben wir Sie so bald wie möglich per E-Mail an, und Ihre Police und damit die Deckung für alle Begünstigten wird ab dem Fälligkeitstermin ausgesetzt. Wenn die Zahlung innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Fälligkeitstermin erfolgt, wird die Aussetzung aufgehoben und die Deckung rückwirkend zum Fälligkeitstermin wieder eingesetzt.

Solange die Police ausgesetzt ist, werden wir keine Behandlungen genehmigen. Wir werden solange keinen Erstattungsantrag bearbeiten, bis eine an uns ausstehende Zahlung beglichen wurde.

Sollte dreißig (30) Tage nach Fälligkeitstermin, der Betrag noch immer ausstehend sein, setzen wir Sie schriftlich darüber in Kenntnis, dass wird die

Police gekündigt haben. Die Kündigung tritt mit Wirkung zu dem Datum in Kraft, an dem die erste ausstehende Zahlung fällig war.

5.7

Vorbehaltlich Klausel 13 informieren wir Sie über die für den nächsten Versicherungszeitraum geltende Prämie und sonstigen anwendbaren Gebühren.

Die Prämie und/oder sonstigen Gebühren können sich mit jedem Versicherungszeitraum ändern.

6. Kündigung

6.1

Wir benachrichtigen Sie schriftlich, wenn wir im Begriff sind, die Police für alle Begünstigten mit sofortiger Wirkung zu kündigen, sofern dies nicht im Widerspruch zu den geltenden rechtlichen oder aufsichtsrechtlichen Bestimmungen steht, wenn:

6.1.1

eine Prämie oder sonstige Gebühr (einschließlich der maßgeblichen Steuer) nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen ab dem Fälligkeitstermin, wie in Klausel 5.6 dargelegt, vollumfänglich gezahlt wird;

6.1.2

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

6.1.3

wenn ein Anspruchsberechtigter auf einer Liste mit finanziellen Sanktionen gegen bestimmte Personen oder Organisationen steht, die vom Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, dem Amerikanischen Office of Foreign Assets Control oder einer anderen gültigen Gerichtsbarkeit geführt wird. Außerdem zahlen wir keine Erstattungsanträge, die wir in sanktionierten Ländern erhalten haben, wenn dies gegen die Vorschriften des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder des Amerikanischen

Office of Foreign Assets Control verstoßen würde.

6.2

Vorbehaltlich Klausel 3 behalten wir uns das Recht vor, diese Police für bestimmte oder alle Begünstigten mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn wir nach eigenem Ermessen aus begründetem Anlass entscheiden, dass Sie bei der Antragstellung, der Bitte um eine vorherige Genehmigung oder dem Einreichen eines Erstattungsantrags im Rahmen dieser Police uns Informationen vorenthalten haben oder vorsätzlich oder grob fahrlässig Informationen bereitgestellt haben, von denen Sie wussten oder annahmen, dass diese unwahr oder unzutreffend sind, oder wenn Sie es unterlassen haben, Informationen bereitzustellen, um die wir Sie gebeten haben, einschließlich medizinischer Informationen.

In diesen Fällen behalten wir uns das Recht vor, die folgenden Abhilfemaßnahmen zu ergreifen:

- i. Wir lehnen die Leistung von Zahlungen im Rahmen eines Erstattungsantrags ab; und/oder
- ii. Wir ziehen von Ihnen jegliche Beträge in Bezug auf Zahlungen ein, die wir im Rahmen eines Erstattungsantrags bereits geleistet haben; und/oder
- iii. Wir behalten alle geleisteten Prämienzahlungen ein.

6.3

Vorbehaltlich Klausel II gilt: Wenn ein Begünstigter nicht länger ein Expatriates ist, weil sich das Land seiner Staatsangehörigkeit oder das Land seines gewöhnlichen Aufenthalts geändert hat, behalten wir uns das Recht vor, den betreffenden Begünstigten aus der Police zu nehmen, wie in den Versicherungsbedingungen in Klausel 10 dargelegt.

6.4

Wenn wir nicht länger am Markt präsent sind, um diese Police anzubieten, benachrichtigen wir Sie mindestens einen (1) Monat vor dem Enddatum, um Ihnen mitzuteilen, dass diese Police mit Wirkung zu ihrem Enddatum eingestellt wird (und eine Verlängerung daher nicht möglich ist). Wir werden uns in einem solchen Fall bemühen, für Sie eine geeignete alternative Lösung zu finden, um eine

Kontinuität der Deckung zu gewährleisten, sind aber nicht dazu verpflichtet.

6.5

Wenn Sie diese Versicherungspolice kündigen und den Versicherungsschutz für alle Begünstigten beenden wollen, müssen Sie uns dies mindestens vierzehn (14) Tage im Voraus auf einem der folgenden Wege schriftlich mitteilen:

- i. Sie können uns eine E-Mail an die im Abschnitt „So können Sie uns kontaktieren“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen angegebene Adresse senden.
- ii. Sie können sich schriftlich an Ihren Account Manager wenden.
- iii. Sie können sich in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich anmelden, die Schaltfläche „Kündigung Ihrer Police“ anklicken und dann Ihren Kündigungstermin eingeben, um eine entsprechende Nachricht an das zuständige Team auszulösen.

Die Kündigung Ihrer Police tritt vierzehn (14) Tage, nachdem Sie diese bei uns beantragt haben, in Kraft. Beachten Sie jedoch, dass unabhängig von dem Zeitpunkt, an dem Sie Ihre Police kündigen, für mindestens drei (3) Monate eine Prämie zahlbar ist, wie in Klausel 2 dargelegt.

6.6

Sofern Ihre Police nicht gemäß Klausel 6.2 und/oder Klausel 7 gekündigt wird, gilt: In Bezug auf den Zeitraum nach Ablauf Ihrer Deckung im Rahmen des Mindest-versicherungszeitraums von drei (3) Monaten erstatten wir alle für den Zeitraum nach Ablauf der Deckung gezahlten Prämien, soweit sich diese nicht auf einen Zeitraum beziehen, in dem wir Deckung geleistet haben, und solange wir während des Versicherungszeitraums keinen Erstattungsantrag beglichen, keine Kosten für eine Behandlung übernommen und keine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben.

Wenn wir während des Versicherungszeitraums indes einen Erstattungsantrag beglichen, die Kosten einer Behandlung übernommen oder eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben und Sie Ihre Jahresprämie im Verlauf des Jahres in mehreren Teilbeträgen zahlen, dann müssen Sie den verbleibenden Betrag bis zur Höhe der

Jahresprämie für die vollen zwölf (12) Monate entweder über terminierte Zahlungen begleichen oder indem Sie den ausstehenden Prämienbetrag sofort vollumfänglich begleichen.

6.7

Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, übernehmen wir keine Haftung für Behandlungskosten, wenn die Police endet oder ein Begünstigter die Police verlässt, bevor die Behandlung durchgeführt wird, auch dann nicht, wenn die Behandlung von uns genehmigt wurde. In einem solchen Fall liegt die Verantwortung für die gesamten Behandlungskosten bei Ihnen bzw. dem Gesundheitsdienstleister.

7. Betrug

7.1

Wenn wir feststellen, dass ein Begünstigter in Bezug auf diese Police einen Versicherungsbetrug begangen hat:

- i. nicht verpflichtet, Schadenrückerstattungen zu leisten;
- ii. berechtigt, vom Anspruchsberechtigten jede von uns in diesem Schadenfall gezahlte Summe zurückzufordern; und
- iii. berechtigt, den Anspruchsberechtigten darüber zu informieren, dass der Vertrag ab dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung beendet wurde.

7.2

Sollten wir unser Recht gemäß Klausel 7.1 (iii) geltend machen:

- i. haften wir dem Anspruchsberechtigten gegenüber nicht für maßgebliche Ereignisse, die nach der betrügerischen Handlung auftreten. Als maßgebliches Ereignis gilt jedes Ereignis, das unsere Haftung im Rahmen dieses Vertrags auslöst (z. B. Verluste, Einreichung eines Erstattungsantrags oder Benachrichtigung über einen potentiellen Schaden); und
- ii. sind wir nicht gehalten, gezahlte Prämien zurückerstatten.

7.3

Wenn dieser Vertrag anderen Anspruchsberechtigten außer Ihnen Versicherungsschutz bietet und unter diesem Vertrag im Namen eines anderen Anspruchsberechtigten als Ihnen ein betrügerischer Erstattungsantrag gestellt wird, können wir das in Klausel 7.1 festgelegte Recht geltend machen und dies als getrennten Versicherungsvertrag zwischen uns und dem entsprechenden Anspruchsberechtigten ansehen. Die Ausübung dieses Rechts berührt aber nicht den Versicherungsschutz, den der Vertrag für die anderen Anspruchsberechtigten vorsieht.

Die Klausel 7 beabsichtigt keinesfalls, die Position gemäß Insurance Act 2015 zu beeinflussen.

8. Versicherungsoptionen

8.1

Wenn ein Begünstigter keine Deckung gemäß dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, dem Internationalen Versicherungsschutz für Evakuierung, dem Internationalen Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden oder dem Internationalen Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Leistungen genießt, übernehmen wir keine Kosten für Behandlungen, die im Rahmen dieser Optionen abgedeckt sind.

8.2

Die folgenden Änderungen an Ihrer Police können nicht während des Versicherungszeitraums beantragt werden, sondern nur bei Vertragsverlängerung:

- > Änderung der Deckungssumme (z. B. von Tarif Silver auf Tarif Gold oder von Tarif Platinum auf Tarif Gold im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung),
- > Änderung des Selbstbehalts, der Kostenbeteiligung oder des Zuzahlungshöchstbetrags.

Um einen solchen Antrag bearbeiten zu können, sollten Sie uns Ihren Änderungswunsch mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich mitteilen. Bevor wir eine dieser Änderungen vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Anamnesefragebogen

auszufüllen, da manche Änderungen einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen können. Wenn wir Ihren Antrag genehmigen, können für Ihre aktualisierte Police für den neuen Versicherungszeitraum neue besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse gelten. Sobald Sie unsere neuen Konditionen annehmen, treten die Änderungen ab Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum in Kraft.

Die folgenden Änderungen an Ihrer Police können während des Versicherungszeitraums beantragt werden und werden von uns geprüft:

- > Aufnahme eines oder mehrerer der optionalen Module auf derselben Deckungsstufe wie Ihr Basisversicherungsschutz der Internationalen Krankenversicherung: Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung, Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden oder Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen; und/oder
- > Änderung des Geltungsbereichs durch Aufnahme der Deckung für die USA (d. h. von Weltweit ohne USA zu Weltweit mit USA).

Diese Änderungen an Ihrer Police treten frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere neuen Bedingungen akzeptieren in Kraft und bleiben mindestens bis zu Ihrem jährlichen Verlängerungsdatum wirksam.

8.2.1

Solche Änderungen unterliegen unserem Ermessen, und bevor wir eine dieser Änderungen vornehmen, können wir Sie bitten, einen neuen Anamnesefragebogen auszufüllen. Wenn wir die gewünschten Änderungen genehmigen, können für Ihre aktualisierte Police neue besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse gelten.

Alle anderen Änderungen an Ihrer Police in Bezug auf Deckungsoptionen unterliegen unserem freien Ermessen und einer medizinischen Risikoprüfung.

8.3

Beachten Sie bitte, dass der Tarif Silver keine Deckung für Mutterschaftsleistungen (Abschnitt „Gesundheits-versorgung für Eltern und Säuglingspflege“ im Kundenleitfaden) enthält. Im Falle einer Hochstufung von Tarif Silver auf Tarif Gold oder Tarif Silver auf Tarif Platinum erhält eine Begünstigte des Tarifs Silver daher erst Zugang zu Mutterschaftsleistungen der Tarife Gold oder Platinum nach Ablauf der hierfür geltenden Wartezeit von zwölf (12) Monaten (von vierundzwanzig (24) Monaten im Vereinigten Königreich, in Hongkong oder Singapur). Sobald eine Begünstigte mindestens zwölf (12) Monate gemäß den Tarifen Gold oder Platinum versichert ist, erhält sie den Zugang zu den Mutterschaftsleistungen.

Im Falle einer Hochstufung bei Vertragsverlängerung von Tarif Gold auf Tarif Platinum erhält eine Begünstigte zunächst nur Zugang zu Mutterschaftsleistungen im Rahmen der Leistungsgrenzen des Tarifs Gold und erst nach Ablauf der für Mutterschaftsleistungen des Tarifs Platinum geltenden Wartezeit von zwölf (12) Monaten (von vierundzwanzig (24) Monaten im Vereinigten Königreich, in Hongkong oder Singapur) Zugang zu letzteren. Sobald eine Begünstigte mindestens zwölf (12) Monate (vierundzwanzig (24) Monate im Vereinigten Königreich, in Hongkong oder Singapur) gemäß dem Tarif Platinum versichert ist, erhält sie den Zugang zu den Mutterschaftsleistungen dieses Tarifs.

9. Selbstbeteiligung und Eigenanteil

9.1

Wenn Sie einen Selbstbehalt für den Internationalen Krankenversicherungstarif und/oder gegebenenfalls das Modul Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gewählt haben, gilt Ihr gewählter Selbstbehalt pro Behandlungstermin, und jeder gezahlte Selbstbehalt gilt als Anspruch auf Ihre Police, unabhängig davon, ob der gezahlte Selbstbehalt die Kosten Ihres Anspruchs ganz oder teilweise gedeckt.

Wir verringern den Betrag, den wir von den Behandlungskosten in Bezug auf einen Anspruch aus der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz

für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) übernehmen, um den Betrag des Selbstbehalts, bis die Höhe des gezahlten Selbstbehalts für den jeweiligen Versicherungszeitraum erreicht ist.

Begleichung einer Rechnung bei einem Gesundheitsdienstleister unter Anwendung eines Selbstbehalts:

Wenn mit dem ausgewählten Gesundheitsdienstleister eine Direktabrechnungsvereinbarung getroffen wurde, stellen wir diesem Dienstleister eine Kostenübernahmeerklärung aus, auf der die Höhe des anwendbaren Selbstbehalts berücksichtigt wird. Nach Eingang der Rechnung des Gesundheitsdienstleisters begleichen wir zunächst die erstattungsfähigen Kosten direkt bei dem Dienstleister. Anschließend teilen wir Ihnen und dem Gesundheitsdienstleister den ausstehenden, zu Ihren Lasten gehenden Betrag mit, und Sie sind dann dafür verantwortlich, diesen Betrag des Selbstbehalts direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Gesundheitsdienstleister oder die Apotheke zu zahlen.

In Fällen, in denen der Gesundheitsdienstleister verlangt, dass Sie ihm den anwendbaren Selbstbehalt zum Zeitpunkt der Behandlung direkt zahlen, fordern Sie eine Rechnung und einen Beleg über den gezahlten Betrag und heben Sie diese auf, um eine doppelte Zahlung zu vermeiden und eine korrekte Abstimmung des Erstattungsanspruchs zu erleichtern.

Darüber hinaus gilt: Liegen die gesamten Behandlungskosten unter dem Schwellenwert für den Selbstbehalt und haben Sie diesen Selbstbehalt dem Gesundheitsdienstleister direkt gezahlt, müssen Sie einen Erstattungsantrag einreichen, damit Ihnen diese Zahlung auch auf den Selbstbehalt angerechnet wird. Zur Klarstellung: Damit der Selbstbehalt berücksichtigt wird und in unseren Aufzeichnungen entsprechend festgehalten wird, müssen Sie alle zulässigen Erstattungsanträge einreichen, unabhängig davon, ob Sie diesbezüglich auch tatsächlich eine Erstattung erhalten. Sollten Sie darauf verzichten, kann das dazu führen, dass der Selbstbehalt weiterhin als ausstehend betrachtet und auf künftige Erstattungsansprüche angerechnet wird.

9.2

Wenn Sie bei der Internationalen Krankenversicherung und/oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) eine Kostenbeteiligung gewählt haben, verringern wir den Betrag, den wir von den Behandlungskosten übernehmen, um den Prozentsatz der Kostenbeteiligung. Nach Eingang der Rechnung des Gesundheitsdienstleisters begleichen wir zunächst die erstattungsfähigen Kosten direkt bei dem Dienstleister; Sie sind dann dafür verantwortlich, Ihre Kostenbeteiligung direkt an das Krankenhaus, die Klinik, den Gesundheitsdienstleister oder die Apotheke zu zahlen. Die von Ihnen gezahlten Beträge unterliegen der Deckelung des geltenden Zuzahlungshöchstbetrags.

Ihre gewählte Kostenbeteiligung gilt zum Behandlungsdatum, und jede gezahlte Kostenbeteiligung gilt als Anspruch auf Ihre Police, unabhängig davon, ob die gezahlte Kostenbeteiligung die Kosten Ihres Anspruchs ganz oder teilweise gedeckt.

9.3

Nur die Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung für die Internationale Krankenversicherung und/oder den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen zahlen, unterliegen der Deckelung des Zuzahlungshöchstbetrags. Folgende Beträge unterliegen nicht dem Zuzahlungshöchstbetrag:

- > Beträge, die Sie aufgrund eines Selbstbehalts zahlen;
- > Über die Deckungsgrenze hinausgehende Beträge;
- > Beträge für Behandlungen, die nicht durch die Internationale Krankenversicherung abgedeckt sind; oder
- > Wenn Sie eine Strafgebühr zahlen müssen, weil Sie keine vorherige Genehmigung eingeholt haben oder Gesundheitsdienstleister außerhalb des Cigna Healthcare-Netzwerks aufgesucht haben.

Die von Ihnen zu zahlenden Beträge zum Selbstbehalt, zur Kostenbeteiligung und zum Zuzahlungshöchstbetrag, sofern zutreffend, gelten für jeden Begünstigten,

jede Versicherungsoption und jeden Versicherungszeitraum separat.

9.4

Selbstbehalt und Kostenbeteiligung finden keine Anwendung bei den Leistungen „Krankenhaustagegeld“, „Säuglingspflege“, „Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme“ oder „Global Telehealth mit Teladoc“ im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung.

Selbstbehalt und Kostenbeteiligung finden keine Anwendung bei Leistungen der folgenden optionalen Module: Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden, Internationaler Versicherungsschutz für Evakuierung oder Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen.

9.5

Für die folgenden ambulanten Behandlungen, die unter dem Internationalen Krankenversicherungsschutz fallen, gilt der für stationäre Behandlungen gewählte Selbstbehalt:

- > Ambulante Behandlungen im Rahmen der Leistung „Nierendialyse“.
- > Ambulant durchgeführte fortgeschrittene medizinische Bildgebung (MRT, CT und PET-Scans)
- > Ambulante Behandlungen im Rahmen der Leistung „Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung“, einschließlich Beratung.
- > Ambulante Behandlungen bei Leistungen im Rahmen der „Krebsbehandlung“.
- > Ambulante Behandlungen, die unter die Leistung „Komplikationen bei Schwangerschaft“ fallen.

10. Aufnahme oder Herausnahme von Begünstigten

10.1

Wenn Sie während des Versicherungsjahres einen neuen Anspruchsberechtigten hinzufügen möchten, müssen Sie uns ein ausgefülltes Antragsformular für diese Person zusenden. Ob wir den neuen Anspruchsberechtigten akzeptieren, liegt in unserem alleinigen Ermessen. Wir werden Sie über alle besonderen Bedingungen oder Ausschlüsse und alle

zusätzlichen Prämien informieren, die für den angebotenen Versicherungsschutz gelten. Der Versicherungsschutz für alle neuen Anspruchsberechtigten gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Ihre Annahme bestätigen. Wir übersenden Ihnen eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung als Bestätigung dafür, dass der neue Anspruchsberechtigte hinzugefügt wurde.

10.2

Wenn ein Anspruchsberechtigter ein Kind zur Welt bringt, können Sie beantragen, dass das Neugeborene Ihrer bestehenden Versicherung als Anspruchsberechtigter hinzugefügt wird.

10.2.1

Wenn wenigstens ein (1) Elternteil mindestens zwölf (12) Monate (vierundzwanzig (24) Monate bei Geburten im Vereinigten Königreich, in Hongkong oder Singapur) vor der Geburt des Babys ununterbrochen Begünstigte(r) der Police war, verlangen wir keine Informationen über die Gesundheit des Neugeborenen oder eine medizinische Untersuchung, wenn ein Antrag auf Aufnahme des Neugeborenen in die Police innerhalb von dreißig (30) Tagen nach dessen Geburtsdatum bei uns eingeht. Geht der Aufnahmeantrag jedoch später als dreißig (30) Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen bei uns ein, wird das Baby einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.

10.2.2

Wenn kein Elternteil mindestens zwölf (12) Monate (vierundzwanzig (24) Monate bei Geburten im Vereinigten Königreich, in Hongkong oder Singapur) vor der Geburt des Babys ununterbrochen Begünstigte(r) der Police war, wird das Baby einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen, und es können besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse gelten.

10.2.3

Wenn ein Anspruchsberechtigter ein Kind durch eine Leihmutter oder eine Adoption bekommen, kann das Neugeborene Ihrer bestehenden Versicherung als Anspruchsberechtigter hinzugefügt werden, indem ein Antrag eingereicht wird. Das Neugeborene unterliegt einer medizinischen

Risikoprüfung, wobei wir besondere Beschränkungen oder Ausschlüsse vornehmen können.

Sollte für das Neugeborene eine Gesundheitsrisikoprüfung erforderlich sein, teilen wir Ihnen anschließend mit, ob wir für das Neugeborene Versicherungsschutz gewähren und, falls ja, welche besonderen Bedingungen und Ausschlüsse gelten. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens an dem Tag, an dem Sie unsere angebotenen Bedingungen akzeptieren.

Wir senden Ihnen eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung zu, in der wir die Aufnahme des neuen Begünstigten bestätigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Leistung „Säuglingspflege“ in Ihrem Kundenleitfaden.

Beachten Sie bitte, dass der für die Leistung „Säuglingspflege“ genannte Betrag ausschließlich Kosten umfasst, die sich auf das aufgenommene Neugeborene beziehen, und dass kein anderer Begünstigte einen Erstattungsanspruch aus dieser Leistung hat.

10.3

Außer für die kostenlose Widerrufsfrist gilt: Wenn Sie während des Versicherungsjahres einen Begünstigten aus Ihrer Police herausnehmen möchten, müssen Sie uns dies mindestens vierzehn (14) Tage im Voraus schriftlich mitteilen. Die Herausnahme des betreffenden Begünstigten aus Ihrer Police wird vierzehn (14) Tage nach dem Zeitpunkt wirksam, an dem Sie als Versicherungsnehmer uns dies über eine der im Abschnitt „So treten Sie mit uns in Kontakt“ auf Seite 3 dieser Versicherungsbedingungen genannten Optionen mitgeteilt haben.

Vorbehaltlich Klausel 2.2 gilt: Sie haben einen Anspruch auf Erstattung der für den verbleibenden Versicherungszeitraum für den betreffenden Begünstigten gezahlten Prämien, solange wir für diesen Begünstigten keinen Erstattungsantrag beglichen, keine Behandlungskosten gezahlt und keine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt haben.

Haben wir indes während des Versicherungszeitraums für den betreffenden Begünstigten einen Erstattungsantrag beglichen,

die Kosten einer Behandlung gezahlt oder eine Kostenübernahmeerklärung ausgestellt, Sie sind verpflichtet, die für den verbleibenden Versi-cherungszeitraum ausstehenden Prämien zu bezahlen.

11. Änderungen an von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten

11.1

Sollten sich während des Versicherungszeitraums Änderungen an folgenden Daten eines Begünstigten ergeben:

- i. Land des gewöhnlichen Aufenthalts; und/oder
- ii. Staatsangehörigkeitsland und/oder
- iii. Beruf; und/oder
- iv. Teilnahme an gefährlichen Aktivitäten (wie in Allgemeine Ausschlüsse 29 dargelegt);

dann müssen Sie uns dies sobald wie möglich, in jedem Fall jedoch innerhalb von dreißig (30) Tagen, mitteilen.

Wir behalten uns das Recht vor, Sie gelegentlich um weitere Informationen im Hinblick auf Änderungen an den von Ihnen bereitgestellten Informationen zu bitten. Beachten Sie bitte, dass Änderungen an den personenbezogenen Daten von Ihnen oder einem Begünstigten zu einer Änderung Ihrer Prämie oder der Anwendung eines Ausschlusses führen können. Dies bedeutet, dass Sie unter Umständen eine zusätzliche Prämienzahlung leisten müssen oder dass Ihre monatlichen oder vierteljährlichen Prämienzahlungen angehoben werden. Sollte sich Ihre Prämie erhöhen, haben Sie das Recht, die Police im Einklang mit Klausel 6.5 zu kündigen, wobei in solchen Fällen dann die Klauseln 6.6 und 6.7 Anwendung finden. Beachten Sie bitte, dass die Versicherung von einer anderen Cigna Healthcare-Gesellschaft bereitgestellt werden kann.

11.2

Wenn ein Anspruchsberechtigter in das Land seiner Staatsangehörigkeit zurückkehrt, wird die Behandlung, die er erhalten kann, auf

insgesamt hundertachtzig (180) Tage während der Vertragslaufzeit begrenzt werden.

11.2.1

Wir behalten uns das Recht vor, alle von Begünstigten im Land ihrer Staatsangehörigkeit eingereichten Erstattungsanträge zu prüfen. In Fällen, in denen uns bekannt wird oder in denen wir annehmen, dass der Begünstigte im Land seiner Staatsangehörigkeit in dem betreffenden Versicherungsjahr über die einhundertundachtzig (180) Tage hinaus wohnhaft ist oder sein wird, können wir nach freiem Ermessen:

- i. diesen Begünstigten nicht länger als einen Expatriates betrachten, da er für einen längeren Zeitraum in das Land seiner Staatsangehörigkeit zurückgekehrt ist, und entsprechend können wir unser Recht ausüben, diesen Begünstigten im Einklang mit Klausel 6.3 aus der Police herauszunehmen; und/oder
- ii. die Begleichung eines Erstattungsantrags oder die Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung ablehnen.

11.3

Wir können jederzeit einen Nachweis über den Expatriate-Status eines Begünstigten verlangen. Sollten Sie uns die angeforderten Informationen nicht innerhalb von dreißig (30) Tagen bereitstellen, behalten wir uns das Recht vor, den betreffenden Begünstigten im Einklang mit Klausel 6.3 aus der Police herauszunehmen.

11.4

Wenn Sie selbst als Versicherungsnehmer nicht länger ein Expatriates sind, weil Sie das Land Ihrer Staatsangehörigkeit oder das Land Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes gewechselt haben, können Sie entweder:

11.4.1

die laufende Police für den verbleibenden Versicherungszeitraum aufrechterhalten; oder

11.4.2

die Police kündigen, indem Sie uns ein schriftliches Kündigungsschreiben zusenden.

Dies hat zur Folge, dass die Deckung für alle Begünstigten erlischt. Eine für den Versicherungszeitraum nach Beendigung der Police gezahlte Prämie wird erstattet, soweit sie sich nicht auf einen Zeitraum bezieht, in dem wir Versicherungsschutz gewährt haben und solange wir während dieses Versicherungszeitraums keine Erstattungsanträge beglichen, Behandlungskosten übernommen oder Kostenübernahmeerklärungen ausgestellt haben.

Wenn Sie sich dazu entscheiden, die Police im Einklang mit Klausel II.4.I aufrechtzuerhalten, ist die Behandlung im Einklang mit Klausel II.2 unter Umständen eingeschränkt. Wenn Sie nicht länger ein Expatriates sind, müssen Sie uns dies im Vorfeld einer Vertragsverlängerung mitteilen. Wir werden dann entscheiden, ob wir Ihnen eine alternative Krankenversicherung von einer anderen Cigna Healthcare-Gesellschaft anbieten können. Andernfalls können wir auch entscheiden, Ihre Police nicht zu verlängern bzw. zu kündigen.

12. Wie wir mit Ihnen kommunizieren werden

Sofern von Ihnen nichts anderes verlangt wird, senden wir Mitteilungen und Benachrichtigungen in Verbindung mit Ihrer Police auf elektronischem Weg an die E-Mail-Adresse, die Sie uns bereitgestellt haben, und Ihre Versicherungsunterlagen stehen für Sie in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich bereit.

Sie willigen darin ein, dass wir mit Ihnen hauptsächlich auf Englisch kommunizieren.

13. Vertragsverlängerung

13.1

Diese Police wird automatisch verlängert, sofern wir nicht beschließen, sie nicht zu verlängern, oder Sie uns (im Einklang mit Klausel 13.4) mitteilen, dass Sie die Police nicht verlängern, sondern kündigen möchten.

13.2

Wir teilen Ihnen mindesten einen (1) Kalendermonat vor dem Enddatum schriftlich mit, dass die Police automatisch verlängert wird, und informieren Sie über für den kommenden Versicherungszeitraum

vorgesehene Änderungen an der Police und der Prämie.

Die Mindestzahlung von drei (3) Monatsprämien findet bei verlängerten Policen keine Anwendung. Diese Bedingung gilt nur für das erste Jahr Ihrer Police.

Vorbehaltlich Klausel 7 darf sich die Entscheidung von Cigna Healthcare, Ihre Police nicht zu verlängern, nicht auf den in der Vergangenheit gestellten Erstattungsanträgen oder Erkrankungen, Verletzungen oder Krankheiten eines Begünstigten begründen.

13.3

Wenn Sie uns nicht mitteilen, dass Sie Ihre Police nicht verlängern bzw. kündigen wollen, wird die Police automatisch verlängert. In solchen Fällen vergewissern Sie sich bitte, dass Sie die Versicherungsunterlagen für den kommenden Versicherungszeitraum gelesen und verstanden haben. Ihre Deckung verlängert sich um weitere zwölf (12) Monate.

13.4

Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz nicht verlängern möchten, müssen Sie uns dies mindestens vierzehn (14) Tage vor Ablauf Ihres Vertrags im Einklang mit dem Verfahren zur Kündigung dieser Police gemäß Klausel [6.5] schriftlich mitteilen.

13.4.1

Wenn Sie Ihre Versicherung nicht verlängern, können anspruchsberechtigte Begünstigte, die bisher über Ihre Police versichert waren, einen eigenen Versicherungsschutz beantragen. Wir werden die einzelnen Anträge prüfen und die Begünstigten dann benachrichtigen ob und wenn ja, zu welchen Konditionen wir bereit sind, Ihnen einen solchen Versicherungsschutz zu gewähren. Beachten Sie bitte, dass ein (1) Begünstigter entsprechend den in Klausel I dargelegten Anspruchsvoraussetzungen mindestens achtzehn (18) Jahre alt sein muss, um ein Versicherungsnehmer zu werden.

13.5

Vorbehaltlich der Klausel 8.2, wenn Sie bei der Erneuerung Änderungen an Ihrem Versicherungsvertrag vornehmen möchten,

müssen Sie uns mindestens sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum schriftlich darüber informieren. Wir können neue spezielle Einschränkungen, Ausschlüsse und/oder eine Anpassung der Prämie vornehmen. In diesem Fall würden wir Ihnen eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung zusenden.

13.6

Wenn für einen Begünstigten ein oder mehrere besondere Ausschlüsse gelten, kann es Anlässe geben, aufgrund derer wir zu einem künftigen jährlichen Verlängerungsdatum prüfen können, ob wir bereit sind, den jeweiligen Ausschluss zu streichen. Sollte dies der Fall sein, werden wir das Überprüfungsdatum für die Ausschlüsse in der Versicherungsbescheinigung vermerken. Zu diesem Datum werden wir ebenfalls die Zusatzprämie prüfen (sofern vorhanden), die wir unter Umständen zur Deckung einer Krankheit erhoben haben.

Sie sollten sich mit uns in Verbindung setzen, wenn Sie die Benachrichtigung über die Vertragsverlängerung erhalten, mindestens jedoch sieben (7) Tage vor dem jährlichen Verlängerungsdatum, wenn es einen Ausschluss gibt, der zu diesem Datum überprüft werden soll.

Wir werden Ihnen dann die von uns vorgenommenen Änderungen (sofern vorhanden) mitteilen und gegebenenfalls eine aktualisierte Versicherungsbescheinigung ausstellen. Änderungen werden zum betreffenden jährlichen Verlängerungsdatum wirksam. Wir geben keine Garantie, dass ein besonderer Ausschluss oder eine Zusatzprämie mit Vertragsverlängerung herausgenommen werden.

14. Datenschutz

14.1

Bei der Prüfung Ihres Antrags und Verwaltung der Police und der Ihnen bereitgestellten Versicherung, werden wir bestimmte personenbezogene Daten über Sie erheben, verarbeiten und weitergeben. Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst, und wir werden Ihre Daten stets im Einklang mit den geltenden Datenschutzgesetzen verarbeiten, darunter die Datenschutz-Grundverordnung (EU 2016/679) und alle sonstigen geltenden Datenschutzgesetze sowie Leitlinien oder

Verhaltenskodizes, die jeweils zum Schutz personenbezogener Daten herausgegeben werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung, die wir in regelmäßigen Abständen aktualisieren. Diese finden Sie unter <https://www.cignaglobal.com/privacy-statement>.

14.2

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

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

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

16. Unser Recht auf Eintreibung bei Dritten

Forderungsübergang (Subrogation) bezieht sich auf die Rechte, die Cigna Healthcare ausüben kann, um Ausgaben oder Kosten von einer anderen Versicherungsgesellschaft, einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Quelle, die im Zusammenhang mit der Erstattung der im Rahmen dieser Police versicherten Behandlung steht, zurückzufordern.

Wenn Cigna Healthcare vereinbart, einen Begünstigten aus dieser Police zu entschädigen, treten wir unmittelbar in alle vertraglichen oder anderweitigen Regressansprüche, die der Begünstigte gegenüber einem haftenden Dritten haben kann, soweit dies nach geltendem Recht zulässig ist, und wir haben ein Pfandrecht auf die durch einen Begünstigten von einem solchen Dritten eingezogenen Erlöse, soweit wir für Leistungen aus dieser Police gezahlt haben.

Der Begünstigte muss alle Dokumente unterzeichnen, wie jeweils von ihm verlangt, und alle erforderlichen Handlungen durchführen, damit Cigna Healthcare diese Rechte zugesichert werden und erhalten bleiben, damit Cigna Healthcare Erlöse im Namen des Begünstigten zugeführt werden können. Der Begünstigte darf die Interessen von Cigna Healthcare oder ihre potenziellen oder tatsächlichen Regressansprüche nicht gefährden, und er wird Cigna Healthcare jegliche Informationen übermitteln und Zusammenarbeit anbieten, wie dies Cigna Healthcare vernünftigerweise verlangen kann. Sollten weitere Informationen erforderlich sein, können wir einen medizinischen Bericht des Arztes, der die Behandlung durchgeführt hat, anfordern.

Der Begünstigte muss alle Dokumente oder Unterlagen unterzeichnen und einreichen und alle weiteren Schritte unternehmen, die wir zur Sicherung unserer Rechte verlangen. Der Begünstigte darf keine Maßnahmen ergreifen, die diese Rechte beeinträchtigen oder beeinträchtigen könnten. Wir können im Namen des Begünstigten zu unserem eigenen Vorteil Ansprüche übernehmen und verteidigen oder beilegen oder Ansprüche geltend machen. Wir entscheiden, wie Verfahren und Vergleiche durchgeführt werden.

Bei Kosten, die dem Begünstigte von einer anderen Versicherung oder aus einer anderen Quelle erstattet wurden bzw. erstattet werden können, richtet sich Cigna Healthcare nach den üblichen Grundsätzen der angemessenen Beteiligung und Entschädigung im Einklang mit den in dieser Police dargelegten Bedingungen und behält sich das Recht auf Regress und Erstattung vor, um solche Kosten aus anderen Quellen wiederzuerlangen.

Zudem wird Cigna Healthcare das Recht auf Rückerstattung aus den Erlösen einer Einziehung gewährt, unabhängig davon, ob diese durch einen Vergleich, ein Gerichtsurteil oder anderweitig herbeigeführt wurde. Dieses Recht auf Erstattung ist kumulativ und gilt einschließlich und nicht exklusiv der gemäß dieser Police gewährten Rechte auf Forderungsübergang, jedoch nur in dem Umfang, in dem Leistungen aus dieser Police erbracht wurden.

Für den Fall, dass ein Begünstigter es unterlässt oder sich weigert, seine Pflichten aus dieser Police zu erfüllen, ist Cigna Healthcare berechtigt, jegliche Kosten, die ihr bei der Durchsetzung der Bedingungen dieser Police entstehen, einzureiben. Hierzu zählen insbesondere, Rechtsanwalts honorare, Gerichtskosten und sonstige Aufwendungen. Cigna Healthcare ist darüber hinaus berechtigt, die Erstattungspflicht mit einem Anspruch auf künftige medizinische Leistungen aus dieser Police zu verrechnen, bis der Begünstigte seine Erstattungspflicht aus dieser Police vollumfänglich erfüllt hat, unabhängig aus welchem Grund solche künftigen medizinischen Leistungen erbracht werden.

Kein Begünstigter darf Abrechnungen vornehmen, bei denen gemäß dieser Police erbrachte Leistungen gezielt gekürzt oder ausgeschlossen werden oder eine solche Kürzung oder ein solcher Ausschluss versucht werden.

17. Andere Versicherung

Wenn Sie für diese Police einen Erstattungsantrag für Leistungen einreichen, die auch von einem anderen Versicherer im Rahmen einer anderen Police gedeckt sein können, müssen Sie uns hierüber so bald wie möglich in Kenntnis setzen und uns nähere Informationen zu der anderen Versicherung und dem anderen Versicherer mitteilen. Sie haben kein Recht auf eine doppelte Entschädigung. Wir werden mit dem anderen Versicherer in Kontakt treten und den Erstattungsanspruch erörtern und verhandeln, wer welchen Anteil an dem Erstattungsanspruch übernimmt. Gegebenenfalls können wir von dem anderen Versicherer auch die uns bereits entstandenen Kosten zurückfordern.

Sollte Cigna Healthcare eine Überzahlung geleistet haben, behalten wir uns das Recht vor:

- i. die Überzahlung von der Person, an die oder in deren Namen sie geleistet wurde, wiederzuerlangen; oder
- ii. die Höhe der Überzahlung mit einem künftigen Erstattungsbetrag zu verrechnen.

18. Vertragsanpassungen

18.1

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

18.2

Wir behalten uns das Recht vor, die erforderlichen Änderungen an dieser Police vorzunehmen, um den Änderungen der maßgeblichen Gesetze und Verordnungen zu entsprechen. In einem solchen Fall werden wir Sie so bald wie möglich anschreiben und Ihnen die Änderungen mitteilen.

19. Sanktionen

Die globale Unternehmenspolitik von Cigna Healthcare sieht vor, die Regeln zu Wirtschaftssanktionen in Bezug auf natürliche und juristische Personen und Länder einzuhalten, die für ihre globalen Geschäftstätigkeiten gelten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die von den Vereinten Nationen, der Europäischen Kommission, den Vereinigten Staaten und Kanada auferlegten. Daher wird die Cigna Healthcare keine Krankenversicherung anbieten oder Leistungen an oder im Namen von Anspruchsberechtigten auszahlen, wenn dies gegen diese Sanktionsregeln verstoßen würde. Falls Cigna Healthcare erfährt, dass eine sanktionierte natürliche oder juristische Person im Rahmen der Police eingeschrieben ist oder ein Anspruchsberechtigter sanktioniert wird, ergreift Cigna Healthcare alle angemessenen Maßnahmen, die die Sperrung, Berichterstattung und Beendigung der Krankenversicherung umfassen können. Cigna Healthcare ist nicht verpflichtet, den Begünstigten vor der Durchführung dieser Maßnahmen zu benachrichtigen oder Lizenzen von einer Regierung zu erhalten, um die Verlängerung der Krankenversicherung in Übereinstimmung mit den Sanktionsgesetzen zu ermöglichen.

Darüber hinaus gelten Beschränkungen für Ansprüche, die in sanktionierten Ländern entstehen, in denen es keine relevante, genehmigte Lizenz vom U.S. Office of Foreign

Assets Control gibt. Unter den Einschränkungen deckt Cigna Healthcare Folgendes nicht ab: (1) elektive oder vorab geplante Behandlung in sanktionierten Ländern oder (2) Anspruchsberechtigte, die als „gewöhnlich in einem sanktionierten Land ansässig“ gelten. Anspruchsberechtigte gelten als gewöhnlich ansässig, wenn sie ein sanktioniertes Land über einen Zeitraum von mehr als 6 Wochen im Verlauf eines Zeitraums von 12 Monaten besuchen.

20. Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten

20.1

Wir decken die medizinisch notwendige Behandlung von Krankheiten ab, die auf eine Pandemie, Epidemie oder einen Ausbruch einer Infektionskrankheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen sind. Die medizinisch notwendige Behandlung und die damit zusammenhängenden Erkrankungen werden auf einer stationären, teilstationären und ambulanten Basis (wenn die Option „Internationale ambulante Behandlung“ ausgewählt wurde) gemäß den Leistungen des ausgewählten Tarifs und gemäß den Bedingungen der Police abgedeckt. Wenn verschriebene Medikamente aufgrund einer Pandemie, Epidemie oder eines Ausbruchs einer Infektionskrankheit am aktuellen Aufenthaltsort des Leistungsempfängers nicht zugänglich sind, übernehmen wir zusätzlich zu den Kosten für die verordneten Medikamente die Kosten für den Versand gemäß den Bedingungen der ambulanten Leistung für verordnete Medikamente und Verbandstoffe.

20.2

Wir übernehmen die Kosten für medizinisch notwendige, ambulant durchgeführte Tests bei einer Pandemie, Epidemie oder einem Ausbruch einer Infektionskrankheit in Übereinstimmung mit dem Versicherungsschutz bei der Diagnose anderer Krankheiten sowie den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

20.3

Wenn ein zugelassener Impfstoff an einem Ort durch die örtlichen Sozialversicherungsprogramme oder die Regierungsbehörde verfügbar wird, empfehlen wir, den Rat der örtlichen Regierung zu

befolgen und das örtliche Gesundheitssystem oder Regierungsprogramm zu nutzen, sofern verfügbar.

Wenn die Impfung in einer zugelassenen privaten Einrichtung erfolgen werden muss und Ihre ausgewählte Versicherung die Deckung für klinisch geeignete Impfstoffe umfasst, ist der Impfstoff ambulant gemäß den Bestimmungen der Police abgedeckt, sofern die entsprechenden lokalen Aufsichtsbehörden den Impfstoff in dem Land, in dem er verabreicht wird, als sicher und wirksam erachten.

Wir können die Verfügbarkeit eines Impfstoffs an keinem Ort garantieren, und Cigna Healthcare hat keine Kontrolle darüber, wie oder wann ein Impfstoff verteilt wird.

ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN

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

In Übereinstimmung mit Ziffer 19, versichern wir keine Anspruchsberechtigten und zahlen keine Schadenrückerstattungen in Zuständigkeitsbereichen, wenn dies geltende Handelsbeschränkungen verletzen würde, beispielsweise Einschränkungen, die durch das United States Department of Treasury's Office of Foreign Assets Control, die Europäische Kommission oder das Sanktionskomitee des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen auferlegt werden.

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

Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für die Internationale Krankenversicherung und für alle zusätzlichen Versicherungsoptionen. Wir verweisen auch auf die Liste der im Kundenleitfaden ausführlich aufgeführten Leistungen, einschließlich der Hinweise für weitere Einschränkungen oder Ausschlüsse, die in Verbindung mit diesen allgemeinen Ausschlusskriterien gelten. In Bezug auf möglicherweise geltende besondere Ausschlüsse verweisen wir auch auf Ihre Versicherungsbescheinigung.

1. Nicht zugelassene oder nicht anerkannte Behandlungseinrichtungen, Anbieter und Praktiker

Behandlungen durch:

- a) einen Arzt, der von den zuständigen Behörden in dem Land, in dem die Behandlung erbracht wird, nicht als Spezialist oder Experte für

die Behandlung, Erkrankung, Krankheit oder Verletzung anerkannt ist;

- b) einen Arzt, einen Therapeuten, ein Krankenhaus, eine Klinik oder eine Einrichtung, denen wir schriftlich mitgeteilt haben, dass wir sie nicht länger als einen Dienstleister für die Behandlung anerkennen. Details über Personen, Institutionen und Organisationen, denen wir eine entsprechende Mitteilung gegeben haben, können durch einen Anruf bei unserem Kundendienstteam eingeholt werden; oder
- c) einen Arzt, einen Therapeuten, ein Krankenhaus, eine Klinik oder Einrichtung, die unserer Meinung nach nicht ordnungsgemäß qualifiziert oder befugt sind, um die Behandlung zu erbringen, oder nicht für die Durchführung einer Behandlung zuständig sind.

2. Vorerkrankungen

Soweit nichts anderes vereinbart wird, Behandlungen von:

- a) Vorerkrankungen; oder
- b) Erkrankungen oder Symptome, die sich aus einer Vorerkrankung ergeben oder damit im Zusammenhang stehen.

Wir übernehmen keine Behandlungskosten für Vorerkrankungen, von denen der Versicherungsnehmer zum Startdatum des Versicherungsschutzes Kenntnis hatte (oder aus begründetem Anlass Kenntnis gehabt haben sollte) und für die wir nicht ausdrücklich vereinbart haben, dass wir sie in die Deckung aufzunehmen.

3. Vorbeugende Behandlungen

Präventive Behandlungen, einschließlich Gesundheitschecks und Impfungen (sofern diese Behandlung nicht unter einer der Optionen verfügbar ist, für die der Anspruchsberechtigte versichert ist).

Im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung gelten die Beschränkungen für präventive Operationen in Bezug auf

angeborene Erkrankungen mit Ausnahme von Krebserkrankungen.

4. Behandlung durch Familienmitglieder oder Mitbewohner

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

5. Konflikte, Katastrophen oder risikoreiches Verhalten

Behandlungen, die durch einen Konflikt oder eine Katastrophe bedingt sind, insbesondere aber nicht nur durch:

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

sofern der Anspruchsberechtigte:

- i) sich selbst in Gefahr begeben hat, indem er in ein bekanntes Konfliktgebiet eingereist ist oder sich dort aufgehalten hat (entsprechend einer Feststellung der Regierung im Land Ihrer Staatsangehörigkeit, z. B. des britischen Außenministeriums);
- ii) aktiv am Konflikt teilgenommen hat oder
- iii) seine eigene Sicherheit eklatant missachtet hat.

6. Behandlung außerhalb des ausgewählten Erfassungsbereichs

Alle Behandlungen außerhalb Ihres ausgewählten Versicherungsgebiets, sofern die Behandlungen nicht die Bedingungen für Notfallbehandlungen außerhalb des Versicherungsgebiets erfüllen.

7. Reisekosten

Reisekosten für die Behandlungen einschließlich aller Fahrtkosten für Taxis oder Busse, sofern nicht anderweitig vereinbart, und Ausgaben wie z. B. Kraftstoff oder Parkgebühren.

8. Evakuierungen von Schiff zu Land

Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

9. Pflegeheime, Kureinrichtungen und Naturkliniken

Behandlungen in Kliniken für Naturheilkunde, Heilbädern, Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen, die keine Krankenhäuser oder anerkannten Dienstleister für medizinische Behandlungen sind. Insbesondere übernehmen wir nicht die Kosten für die Pflege (z.B. Unterbringung, Verpflegung und Lebenshaltungskosten) oder für jede andere Form der Behandlung in einem Heim oder einer Altenpflegeeinrichtung, selbst wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist und/oder von einem anerkannten Arzt durchgeführt wird.

10. Krankenhausaufenthalte aus nichtmedizinischen Gründen

Gebühren für Wohnaufenthalte in Krankenhäusern, die ganz oder teilweise aus persönlichen Gründen arrangiert werden, oder wenn keine Behandlung notwendig ist oder wenn das Krankenhaus zum Wohnsitz oder dauerhaften Aufenthaltsort geworden ist.

11. Angemessene Unterbringung im Krankenhaus

Kosten für die Unterbringung in einem luxuriösen Zimmer oder einer VIP-Suite eines Krankenhauses.

12. Prothetische Hilfsmittel

Jede Prothese oder Apparatur, einschließlich Brillen (es sei denn, es wurde das Modul „Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz“ ausgewählt), die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind und/oder nicht unter unsere Definition für Prothese fallen.

13. Nebenkosten

Nebenkosten, insbesondere Zeitungen, Telefongespräche, Verpflegung und Hotelunterbringung von Gästen.

14. Verwaltungskosten

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

15. Nicht medizinisch notwendige Krankenhausaufnahmen

Nicht medizinisch notwendige Krankenhausaufnahmen oder Krankenhausaufenthalte, wie beispielsweise:

- a) Behandlungen, die in einer Tagesklinik oder ambulant durchgeführt werden könnten;
- b) Rekonvaleszenz;
- c) Aufnahmen und Aufenthalte aus sozialen oder häuslichen Gründen, z. B. waschen, ankleiden und baden

16. Künstliche Lebenserhaltung

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

17. Fötale Chirurgie

Sofern sie nicht aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen notwendig sind, unterliegen Operationen am Fötus, d. h. Behandlungen oder Operationen im Mutterleib vor der Geburt, den Einschränkungen im Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ Ihres Vertrags.

18. Raucherentwöhnung

Behandlungen von und in Verbindung mit einer Raucherentwöhnung.

19. Selbst zugefügte Verletzungen oder Suizidversuche

Eine medizinisch notwendige Versorgung der psychischen Gesundheit und Dienstleistungen im Bereich der verhaltensorientierten Gesundheit, wie beispielsweise Beratungen und Therapien bei Experten, sind in der Deckung enthalten. Diese Deckung erstreckt sich jedoch nicht auf Behandlungen, die aus einem Suizidversuch resultieren oder aus einer Verletzung oder Erkrankung, die sich der Begünstigte selbst zugefügt hat, oder die auf irgendeine Weise damit in Verbindung stehen, sofern eine solche Deckung nicht durch Länder - oder Bundesgesetzgebung vorgeschrieben ist.

20. Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen

Behandlung von Persönlichkeits- und/oder Charakterstörungen wie unter anderem:

- a) Lernschwierigkeiten wie Legasthenie;
- b) physische Entwicklungsprobleme wie z. B. Kleinwüchsigkeit;

- c) affektive Persönlichkeitsstörungen;
- d) schizoiden Persönlichkeitsstörungen oder
- e) histrionische Persönlichkeitsstörungen.

21. Erkrankungen des Kiefergelenks (TMJ)

Kiefergelenkserkrankungen.

22. Suchterkrankungen und Abhängigkeitsstörungen

Behandlungen von Erkrankungen, die sich aus einer Suchterkrankung oder Abhängigkeitsstörung ergeben. Ein Kurs oder Programm zur Suchtbehandlung in einem Facharztzentrum, das evidenzbasierte Behandlungen anbietet (wenn eine solche Behandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt empfohlen wird) und bis zu drei Entgiftungsversuchen sind über diese Police in dem unter der Leistung „Psychische und verhaltensmedizinische Versorgung“ beschriebenen Umfang abgedeckt.

23. Substanz- und Alkoholmissbrauch

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

24. Empfängnisverhütung

Behandlungen für Männer oder Frauen in Bezug auf Empfängnisverhütung, insbesondere:

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

25. Abbruch einer Schwangerschaft

Behandlung für einen absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben der Anspruchsberechtigten oder ihre psychische Stabilität gefährdet.

26. Störungen der sexuellen Funktionsfähigkeit

Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen (wie z. B. Impotenz) oder anderen sexuellen Problemen, unabhängig von deren Ursache.

27. Refraktive Augenchirurgie

Behandlungen zur Veränderung der Refraktion eines oder beider Augen, insbesondere Laserchirurgie, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie. Wir übernehmen indes die Kosten einer Behandlung zur Korrektur oder Wiederherstellung der Sehkraft, wenn die Behandlung aufgrund einer Erkrankung, Krankheit oder Verletzung notwendig ist (wie Katarakt oder Netzhautablösung).

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die physiologische Presbyopie (Alterssichtigkeit) - den Verlust der Sehkraft infolge einer natürlichen, altersbedingten Veränderung des Auges.

28. Geschlechtsangleichende Operationen und damit verbundene Dienstleistungen

Operationen zur Geschlechtsumwandlung, einschließlich optionaler Verfahren und aller medizinischen oder psychologischen Beratungen vor oder nach einer solcher Operation, es sei denn, staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben eine solche Kostenübernahme vor. Wir decken medizinisch notwendige verhaltensbezogene Leistungen ab, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Beratung bei Geschlechterdysphorie und damit verbundenen psychiatrischen Erkrankungen (wie Angstzustände und Depressionen) sowie medizinisch notwendige Hormontherapie.

29. Gefährliche und professionelle sportliche Aktivitäten

Behandlungen, die aufgrund von Verletzungen oder Krankheiten erforderlich sind oder in irgendeiner Weise damit zusammenhängen, die ein Begünstigter erlitten hat infolge:

- a) der Ausübung sportlicher Aktivitäten als Profisportler;
- b) der Teilnahme an einer gefährlichen sportlichen Aktivität oder einem gefährlichen Hobby, insbesondere Wintersport abseits der Piste (einschließlich Skifahren, Skitouren, Snowboarden, Heliskiing oder Heliboarding), Base- oder Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Tombstoning oder Klippenspringen, Bergsteigen oder Klettern, Freeclimbing (ohne Gurt oder Seil), Höhlenwandern, Berg- oder Geländelauf, Motorsport, Pferdesport (z. B. Pferderennen, Springreiten oder Polo),

Jagd, Bullenreiten oder Bullenrennen, Parkour, Kraftdreikampf, Surfen oder Kitesurfen, Wildwasser-Rafting;

- c) Gerätetauchen im Alleingang; oder
- d) Gerätetauchen in Tiefen von mehr als 30 Metern, es sei denn, der Begünstigte ist für diese Tiefen ordnungsgemäß qualifiziert (PADI oder gleichwertig).

Anmerkungen: Wintersportarten auf markierten Wegen (Pisten) gelten nicht als gefährliche sportliche Aktivitäten. Medizinisch notwendige Behandlungen infolge einer Verletzung werden nicht ausgeschlossen, solange die Wintersportaktivitäten auf der Piste nicht auf Wettkampfniveau oder professionellem Niveau ausgeübt werden.

Bergwandern, Wandern und Trekking auf gekennzeichneten Wegen, Pfaden oder Pisten gelten nicht als gefährliche sportliche Aktivität, solange keine Spezialausrüstung erforderlich ist (z. B. Einsatz von Seilen, Gurten, Karabinern, Steigeisen und Kletterschutz ausrüstung). Medizinisch notwendige Behandlungen infolge einer Verletzung, die bei diesen ungefährlichen Aktivitäten entsteht, sind durch die entsprechende stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistung abgedeckt.

30. Experimentelle oder nicht zugelassene Behandlungen

Behandlungen, die (unserer begründeten Auffassung nach) experimentellen Charakter haben oder deren Wirksamkeit nicht bewiesen wurde. Hierzu zählen insbesondere:

- a) Behandlungen, die im Rahmen einer klinischen Studie durchgeführt werden;
- b) Behandlungen, die in dem Land, in dem sie durchgeführt werden, nicht von der zuständigen staatlichen Gesundheitsbehörde anerkannt wurden; oder
- c) Arzneimittel oder Medikamente, die für einen Zweck verordnet wurden, für den sie in dem Land, in dem sie verordnet wurden, nicht zugelassen oder genehmigt wurden.

Komplikationen, die sich aus experimentellen oder nicht zugelassenen Behandlungen ergeben, sind ebenfalls nicht abgedeckt.

31. Kosmetische Behandlungen

Jede Form von kosmetischer oder rekonstruktiver Behandlung und deren Komplikationen, deren Zweck es ist, das Erscheinungsbild auch aus psychologischen Gründen zu ändern oder zu verbessern, es sei denn, die Behandlung ist aus medizinischer Sicht notwendig und eine direkte Folge einer Erkrankung oder einer Verletzung des Anspruchsberechtigten oder das Ergebnis eines chirurgischen Eingriffs.

32. Rechtswidrige Handlung

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

33. Medikamente zur Gewichtsreduktion und andere Nahrungsergänzungsmittel

Kosten für:

a) Schlankheitsmedikamente und Abnehmhilfen sind nicht abgedeckt, auch wenn sie von einem Arzt zur Gewichtskontrolle verschrieben oder als therapeutisch wirksam anerkannt sind.

b) Nahrungsergänzungsmittel (wie Säuglingsnahrung und kosmetische Produkte) oder natürlich verfügbare Stoffe wie Vitamine, Mineralstoffe und organische Stoffe, die frei verkäuflich oder über ein Rezept beschafft werden.

Wir übernehmen jedoch einige Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine im Falle der medizinischen Notwendigkeit zur Behandlung von diagnostizierten Vitamin-Mangel-Syndromen wie Eisenmangel, Blutarmut oder Folsäure während der Schwangerschaft.

ABSCHNITT 3: DEFINITIONEN

Sofern nicht anders angegeben, haben die unten angeführten Wörter und Ausdrücke, die in diesen Vertragsbedingungen und Ihrem Kundenleitfaden (einschließlich des Abschnitts mit der Leistungstabelle auf den Seiten 17-47) verwendet werden, die folgenden Bedeutungen.

Soweit nicht anders angegeben, beinhaltet der Singular den Plural, und die männliche Form beinhaltet die weibliche Form und umgekehrt.

Ablaufdatum – das Datum, zu dem der im Rahmen dieses Vertrags angebotene Versicherungsschutz entsprechend den Angaben auf der Versicherungsbescheinigung endet.

Ambulanter Patient – ein Patient, der im Tagesklinikbereich eines Krankenhauses, in einer Arztpraxis oder einer Tagesklinik oder einer anderen medizinischen Einrichtung für ambulante Behandlungen behandelt wird, der jedoch weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt. Ein Beispiel für eine ambulante Behandlung ist der Besuch einer Tagesklinik, um sich einen Leberfleck entfernen zu lassen, d. h. eine Behandlung, für die Sie nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen und für die keine Vollnarkose erforderlich ist.

Angemessene Altersabstände – Altersplan für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von siebzehn Jahren entsprechend der Definition der **American Academy of Pediatrics (AAP)**.

Anspruchsberechtigte, Anspruchsberechtigter – jede Person, die auf Ihrer Versicherungsbescheinigung als durch diesen Vertrag versichert aufgeführt ist, einschließlich neugeborener Kinder.

Arzneimittelliste – eine Liste verschreibungspflichtiger Medikamente, die für alle Apothekenansprüche in den USA gilt. Diese Liste wird von Cigna Healthcare mit Unterstützung unserer Apotheken- und Therapeutikgremiums entwickelt und zweimal jährlich aktualisiert. Alle Medikamente, die in unserer Arzneimittelliste enthalten sind, sind von der US-amerikanischen Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA) zugelassen. Frei verkäufliche (Over-the-counter, OTC) (nicht verschreibungspflichtige) Medikamente, mit Ausnahme von Insulin, sind von unserer Arzneimittelliste ausgeschlossen, es sei denn,

staatliche oder bundesstaatliche Gesetze schreiben die Abdeckung solcher Medikamente vor. Wir werden Sie über jede Änderung informieren, die sich auf die Abdeckung eines Medikaments auswirkt, das Sie zum Zeitpunkt der Aktualisierung einnehmen.

Arzt – ein Arzt, Facharzt, qualifizierter Krankenpfleger oder Therapeut (einschließlich Logopäden, Ernährungsberater oder Orthoptisten), Zahnchirurg oder Zahnarzt, der registriert und entsprechend qualifiziert ist und über eine Approbation verfügt, um Behandlungen nach dem Recht des Landes, Bundesstaates oder anderen geregelten Gebiets, in dem die Behandlungen angeboten werden, zu erbringen, und der nicht unter dieser Police versichert ist und kein Familienmitglied einer unter dieser Police versicherten Person ist.

Aufenthaltsland, Land des gewöhnlichen Aufenthalts, gewöhnliches Aufenthaltsland – das Land, in dem ein Anspruchsberechtigter entsprechend den Angaben in Ihrem Antragsformular üblicherweise wohnhaft ist.

Ausgewähltes Versicherungsgebiet – bezeichnet entweder:

- > Weltweit mit USA (jedes Land auf der ganzen Welt, mit Ausnahme der Länder, mit denen die Bundesregierung der Vereinigten Staaten von Amerika am Tag des Behandlungsbeginns den Handel untersagt hat, sodass Zahlungen nach geltendem Recht unzulässig sind); oder
- > Weltweit ohne USA (weltweit, mit Ausnahme der USA).

Aus medizinischer Sicht notwendig/medizinische Notwendigkeit – Medizinisch notwendige abgedeckte Leistungen und Hilfsmittel sind vom medizinischen Team entsprechend den Internen Klinischen Richtlinien wie folgt festgelegt:

- > Sie sind für die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, Erkrankung oder deren Symptome erforderlich;
- > Sie sind orthodox und erfolgen in Übereinstimmung mit allgemein anerkannten Standards der medizinischen Praxis;
- > Sie sind klinisch angemessen in Bezug auf Art, Häufigkeit, Umfang, Ort und Dauer;
- > Sie dienen nicht in erster Linie der Annehmlichkeit des Begünstigten, Arztes oder der medizinischen Einrichtung; und
- > Sie werden in der günstigsten Umgebung erbracht, die für die Erbringung der Dienstleistungen und Hilfsmittel geeignet ist.

Gegebenenfalls kann das medizinische Team das Kosten-Nutzen-Verhältnis verschiedener Dienste, Umgebungen oder Hilfsmittel vergleichen, um die jeweils günstigste Umgebung zu bestimmen.

Behandlung – Jede chirurgische oder medizinische Behandlung, die von einem Arzt überwacht wird und in einer medizinischen Einrichtung stattfindet und die medizinisch notwendig ist, um Erkrankungen, Krankheiten oder Verletzungen zu diagnostizieren, zu heilen oder wesentlich zu lindern.

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

Bezeichnetes Land – das Land des gewöhnlichen Aufenthalts des Begünstigten, das entweder Zypern, Dänemark, Griechenland, Malta oder Rumänien oder ein anderes europäisches Land ist, bezüglich dessen wir unsere Einwilligung erteilt haben, es vor dem Startdatum der Police in die Versicherung aufzunehmen, und das dann in Ihrer Krankenversicherungsbescheinigung aufgeführt wird.

Cigna Healthcare - der Versicherer dieser Police.

Cigna Healthcare-Netzwerk - das Netzwerk aus Krankenhäusern, Kliniken, Apotheken sowie Ärzten

und Gesundheitsfachkräften, die autorisierte Partner der Cigna Group sind.

Erbkrankheit(en) – jede Anomalie, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit, oder Verletzung, die seit der Geburt vorliegt, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurde oder nicht.

Evidenzbasierte Behandlung – eine Behandlung, die erforscht, geprüft und anerkannt wurde durch:

- > das National Institute for Health and Clinical Excellence (Nationales Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz); oder
- > Internationale klinische Leitlinien.

Executive Officer - eine leitende Führungskraft bei Cigna Healthcare, die für die Police oder Entscheidungsprozesse verantwortlich ist.

Im Ausland lebende Person – ein Anspruchsberechtigter, der außerhalb des Landes seiner Staatsangehörigkeit lebt.

Internationale Krankenversicherung - bezieht sich auf die obligatorischen Basisleistungen Ihrer Cigna Healthcare-Police. Sie bildet das Fundament Ihrer Police und umfasst in erster Linie stationäre und teilstationäre Leistungen. Die vollständige Übersicht über die im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht in Ihrem Kundenleitfaden.

Jährlicher Verlängerungszeitpunkt – der Jahrestag des Datums des Versicherungsbeginns.

Kosmetisch – Dienstleistungen, Verfahren oder Geräte, die in erster Linie ästhetischen Zwecken dienen und die nicht medizinisch notwendig sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

Land der Staatsangehörigkeit – jedes Land, dessen Bürger, Staatsbürger oder Untertan ein Anspruchsberechtigter entsprechend den Angaben in Ihrem Antragsformular ist.

Medizinische Einrichtung – Dies umfasst eine Organisation oder Institution, die in dem Land, in dem sie ansässig ist und in dem sich der Begünstigte in täglicher Behandlung oder unter der täglichen Aufsicht eines Arztes oder einer qualifizierten Pflegekraft befindet, registriert

oder lizenziert ist oder als medizinische(s) oder chirurgische(s) Klinik oder Krankenhaus zugelassen ist.

Medizinische Fachkraft – ein Arzt oder Facharzt, der nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die Behandlung durchgeführt wird, als Arzt registriert oder lizenziert ist und der nicht von dieser Versicherung abgedeckt ist oder mit einer Person verwandt ist, die durch diesen Vertrag versichert ist.

Medizinischer Assistenzdienst – ein Dienst, der medizinische Beratung, Krankentransport, Unterstützung und Rückführung in Übereinstimmung mit den Internationalen klinischen Richtlinien anbietet. Dieser Dienst kann mehrsprachig sein und steht rund um die Uhr zur Verfügung.

Mindestversicherungszeitraum – bezieht sich auf die ersten drei aufeinanderfolgenden Monate ab dem anfänglichen Startdatum Ihrer Police (einschließlich der kostenlosen Widerrufsfrist von vierzehn (14) Tagen), für die Sie Prämien zahlen müssen, unabhängig davon, ob Sie im Rahmen der Police einen Erstattungsantrag eingereicht haben oder nicht.

Notfallbehandlung – medizinisch notwendige Behandlung, um die unmittelbaren und erheblichen Folgen einer Erkrankung, Verletzung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu verhindern, die#unbehandelt zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen könnten. Gedeckt sind ausschließlich medizinische Behandlungen, die von einem Arzt oder Facharzt durchgeführt werden bzw. einen Krankenhausaufenthalt erfordern und die innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem Notfallereignis oder sobald wie vernünftigerweise möglich eingeleitet werden.

Personenbezogene Daten – jegliche Daten zu einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person.

Stationärer Patient – ein Patient, der aus medizinischen Gründen in eine medizinische Einrichtung eingewiesen wird und über Nacht oder länger ein Bett belegt. Ein Beispiel für eine stationäre Behandlung ist die Operation

nach einem Herzinfarkt, nach der Patienten die darauffolgende Nacht im Krankenhaus verbleiben müssen.

Teilstationärer Patient – ein Patient, der zur Behandlung oder weil er eine ärztlich überwachte Erholungsphase benötigt, in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder eine andere medizinische Einrichtung eingewiesen wird, aber über Nacht kein Bett belegt.

Ein Beispiel für eine teilstationäre Behandlung wäre ein Krankenhausaufenthalt für die Chemotherapie im Rahmen der Krebsbehandlung oder eine Endoskopie im Rahmen der diagnostischen Untersuchung.

Ursprünglicher Versicherungsbeginn – der erste Tag, an dem der Versicherungsschutz des Anspruchsberechtigten im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung beginnt.

Versicherungsbeginn – das Datum, an dem der Versicherungsschutz im Rahmen dieses Vertrags entsprechend den Angaben in der Versicherungsbescheinigung beginnt.

Versicherungsnehmer – die Person, die mindestens achtzehn (18) Jahre alt ist und bei uns ein Antragsformular eingereicht hat, das von uns schriftlich angenommen wurde, und die die Prämie für diesen Versicherungsvertrag zahlt.

Versicherungszeitraum – diese Police gilt für einen Versicherungszeitraum von zwölf (12) Monaten. Der Versicherungszeitraum beginnt am Startdatum und läuft bis zum Enddatum, wie in der Versicherungsbescheinigung angegeben, bzw. zu einem früheren Zeitpunkt, sofern die Police gemäß den Versicherungsbedingungen gekündigt wird. Die Police wird am Ende des Versicherungszeitraums automatisch verlängert, sofern von Ihnen oder uns nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wird.

Vertrag – Die Police umfasst:

- > den Antrag des Versicherungsnehmers und alle Erklärungen, die er im Rahmen seines Mitgliedschaftsantrags für ihn und alle Begünstigten abgegeben hat;
- > diese Versicherungsbedingungen;
- > den Kundenleitfaden (der die Leistungsaufstellung und die Informationen zu Erstattungsanträgen enthält);

- > Ihre Versicherungsbescheinigung (auf der die Versicherungsnummer, die Jahresprämie, das Startdatum sowie die Höhe des Selbstbehalts und/oder der Kostenbeteiligung (falls ausgewählt) aufgeführt werden sowie Angaben darüber, wer versichert ist, etwaige spezielle Ausschlüsse oder Ausschlüsse, die gegen eine Zusatzprämie aufgehoben wurden, sowie der Krankenversicherungstarif und die gewählten Optionen (soweit zutreffend)); und
 - > Ihre Cigna Healthcare-Mitgliedskarte.
- dieser Police. Einzelheiten zur juristischen Person von Cigna Healthcare, die Ihre Police bereitstellt, finden Sie auf Seite 3 dieses Dokuments mit den Versicherungsbedingungen.

„Sie“ - Sie als Versicherungsnehmer

Vorabgenehmigung/Vorherige Genehmigung

– bezieht sich auf den formalen Prozess der Kontaktaufnahme mit uns, um eine Bestätigung darüber zu erhalten, dass die medizinische Behandlung abgedeckt ist und dass die medizinische Einrichtung als von Cigna Healthcare zugelassener medizinischer Gesundheitsdienstleister angesehen wird, der die Cigna Healthcare-Qualitätsstandards erfüllt.

Die Genehmigung durch uns basiert auf der von unserem medizinischen Team durchgeführten Notwendigkeitsprüfung, in deren Rahmen wir bei Bedarf eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen können. Die medizinische Behandlung, die eine vorherige Genehmigung erfordert, ist in der Leistungsübersicht in Ihrem Kundenleitfaden klar angegeben. **Wenn die erforderliche vorherige Genehmigung nicht bei uns angefordert wird, reduziert sich der Betrag, den wir für diese Behandlung zahlen werden.**

Vorerkrankung – eine Erkrankung, Krankheit oder Verletzung oder Symptome, die vor dem anfänglichen Startdatum Ihrer Police auftreten, für die:

- > ärztlicher Rat oder Behandlung eingeholt oder erhalten wurde; oder
- > von der der Begünstigte hinreichend Kenntnis gehabt haben sollte, für die jedoch kein ärztlicher Rat und keine Behandlung eingeholt wurde.

Zahlungsgarantie – eine verbindliche Garantie für einen Begünstigten, eine medizinische Einrichtung oder einen Arzt, dass wir einem Gesundheitsdienstleister die für eine bestimmte Behandlung vereinbarten Kosten zahlen.

„Wir“, „uns“ und „unser“ - wenn wir die Begriffe „wir“, „uns“ und „unser“ verwenden, beziehen wir uns auf Cigna Healthcare, den Versicherer

FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)

Unter Umständen haben Sie einen Anspruch auf Erstattung aus dem Financial Services Compensation Scheme, sollte Cigna Healthcare Insolvenz anmelden oder nicht in der Lage sein, ihre Pflichten aus dieser Police Ihnen gegenüber zu erfüllen. Weitere Informationen zu diesem Sicherungsfonds entnehmen Sie bitte der Website des Financial Services Compensation Scheme unter www.fscs.org.uk.

„Cigna Healthcare“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch die The Cigna Group und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen und nicht durch die The Cigna Group angeboten. Zu diesen operativen Niederlassungen gehören die Cigna Global Insurance Company Limited, die Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., die Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und die Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2026 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.