



VERTRAGSBEDINGUNGEN

Bedingungen, allgemeine Ausschlüsse und Definitionen in Bezug auf Ihren Plan

VERTRAGSBEDINGUNGEN

Bitte lesen Sie die *Vertragsbedingungen* zusammen mit Ihrer *Versicherungsbescheinigung* und Ihrem *Kundenleitfaden* durch, denn sie sind alle Bestandteil *Ihres* Vertrages zwischen *Ihnen* und *uns*.

INHALT

Wichtige Informationen	3
Abschnitt 1 - Allgemeine Bedingungen	4
Abschnitt 2 - Allgemeine Ausschlüsse	16
Abschnitt 3 - Definitionen	23



WICHTIGE INFORMATIONEN



Die Versicherung wird bereitgestellt von:

Cigna Global Insurance Company Limited
St Martin's House, Le Bordage
St Peter Port
Guernsey
GY1 4AU

Dieser *Vertrag* ist für *im Ausland lebende Personen konzipiert*. Er bietet keinen Schutz für die *Behandlung* in einem Land, dessen Staatsbürger der *Anspruchsberechtigte* zum Zeitpunkt der *Behandlung* ist (z. B. deckt die Versicherung keine Person deutscher Staatsbürgerschaft ab, die eine *Behandlung* in Deutschland erhält ab), außer wenn der *Anspruchsberechtigte* zu Besuch in dem Land ist, wobei solche Besuche innerhalb des *Versicherungszeitraums liegen* müssen, weniger als 90 Tage andauern dürfen und das Land innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* liegen muss, Siehe Abschnitt 17 für Einzelheiten.

Wenn *Sie* die Bedingungen dieses *Vertrags* nicht vollständig verstehen, müssen *Sie uns* innerhalb von 14 Tagen nach dem *Datum des Versicherungsbeginns*, das auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* angegeben ist, kontaktieren.

Wenn der *Vertrag* nicht *Ihren* Bedürfnissen oder *Ihren* Absichten entspricht, können *Sie uns* innerhalb von 14 Tagen ab dem auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* erscheinenden *Datum des Versicherungsbeginns* bitten, den Versicherungsvertrag für nichtig zu erklären. Falls keine *Erstattungsanträge* eingereicht wurden und keine Zahlungsgarantien oder vorherige Genehmigungen vorliegen, werden *wir* sämtliche bereits bezahlten Prämien erstatten.

Worte und Begriffe in *Kursivdruck* haben die Bedeutung, die Ihnen in Abschnitt 3 „Definitionen“ gegeben werden.

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

ABSCHNITT 1: ALLGEMEINE BEDINGUNGEN



1. Umfang des Versicherungsschutzes

Gemäß den Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüssen in diesem *Versicherungsvertrag* erstattet Cigna medizinische und damit in Verbindung stehende Ausgaben für *Behandlungen*, die innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* für *Verletzungen* und *Erkrankungen* liegen. Die *Behandlung* muss während des *Versicherungszeitraums* erfolgen und *Selbstbeteiligungen*, *Eigenanteile* und Deckungsgrenzen kommen gegebenenfalls zur Anwendung.

2. Vertragsdokumente

Diese *Vertragsbedingungen*, *Ihr Antragsformular*, *Ihre Versicherungsbescheinigung* und der *Kundenleitfaden* stellen den gesamten Vertrag zwischen *Ihnen* und *uns* dar. Sie müssen sich diese Dokumente sorgfältig durchlesen.

3. Versicherungsfähigkeit

Sie müssen mindestens 18 Jahre alt sein, um eine Versicherung *abzuschließen*.

4. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

4.1

Dieser Schutz beginnt am *Datum des Versicherungsbeginns*, der auf der ersten *Versicherungsbescheinigung* angegeben ist, die *wir* Ihnen zusenden. Zu diesem Datum wird der Vertrag jedes Jahr verlängert.

4.2

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

4.3

Wenn zwischen *Ihrem* Antrag und dem *Versicherungsbeginn* ein größer zeitlicher Abstand besteht und *Ihr* Gesundheitszustand sich während dieses Zeitraums verändert, lassen *Sie* uns dies bitte *unbedingt* wissen. *Wir* behalten uns das Recht vor, den *Vertrag* zu kündigen oder als Folge der Veränderung *Ihres* uns mitgeteilten Gesundheitszustands *zusätzliche Prämien* oder *Ausschlüsse* anzuwenden. Wenn *Sie* es versäumen, *uns* über jedwede Veränderung *Ihres* Gesundheitszustands während dieses Verzugszeitraums zu informieren, können *wir* dies als eine Erklärung falscher Angaben behandeln, die sich auf *Ihren Vertrag* oder die Zahlung von Rückerstattungen auswirken kann.

5. Wann endet der Versicherungsschutz?

5.1

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

5.2

Der Versicherungsschutz endet für jeden *Anspruchsberechtigten* automatisch, wenn:

5.2.1

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

5.2.2

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

5.3

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

5.4

Falls dieser *Vertrag* vor dem normalen *Ablaufdatum* endet, werden alle Prämien, die innerhalb des Zeitraums nach dem Ende des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, anteilig zurückerstattet, solange keine Erstattungsanträge gestellt wurden und keine *Zahlungsgarantien* oder vorherige Genehmigungen während der *Versicherungsdauer* dafür ausgesprochen wurden.

Falls der *Vertrag* vor dem normalen Ablaufdatum endet und Sie bereits Erstattungsanträge im Rahmen dieser Versicherung gestellt haben, müssen Sie die restlichen noch nicht entrichteten Prämien in Bezug auf diese *Versicherung* zahlen.

6. Wie wird dieser Vertrag verlängert?

6.1.

Wir werden Sie mindestens einen Monat vor dem *Ablaufdatum* schriftlich kontaktieren und Sie fragen, ob Sie *Ihren* derzeitigen Versicherungsvertrag verlängern möchten. Wir werden Sie zudem über jegliche Änderungen bei Prämien, Definitionen, Leistungen oder Bedingungen informieren, die bei einer Vertragsverlängerung anfallen.

6.2

Wenn Sie sich für eine Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags entscheiden, müssen Sie nichts weiter unternehmen, denn Ihr Schutz wird dann automatisch für weitere

zwölf Monate verlängert. Wenn Sie *Ihren* Versicherungsvertrag nicht verlängern möchten, müssen Sie uns mindestens sieben Tage vor dem *Ablaufdatum Ihres Vertrags* darüber informieren. Die Vertragsverlängerung unterliegt den Definitionen, Leistungen und Bedingungen der zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen *Vertragsbedingungen*. Wenn wir nicht in der Lage sind, *Ihren* Versicherungsschutz aus den in Artikel 14.1. erläuterten Gründen zu verlängern, werden wir Sie hierüber wie in Artikel 14.5 beschrieben informieren.

6.3

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

7. Wer ist versichert?

7.1

Sie können bestimmte Personen (z. B. Familienmitglieder) als *Anspruchsberechtigte Ihrem Vertrag* hinzufügen. Dies erfolgt nach unserem freien Ermessen. Hierfür müssen Sie diese Personen in *Ihrem* Antragsformular aufführen. Wenn wir zustimmen, sie mitzuversichern, so führen wir ihre Namen zu *Ihrer Versicherungsbescheinigung* hinzu. Es können zusätzliche Prämien fällig werden, und besondere Ausschlüsse können in Bezug auf diese Personen zur Anwendung gelangen.

7.2.

Vorbehaltlich unserer Genehmigung können Sie eine Versicherung für bestimmte Personen abschließen, (z. B. minderjährige Kinder oder andere Angehörige), während Sie keine Versicherung für *sich selbst* abschließen. In solch einem Fall sind Sie der *Versicherungsnehmer*, der zur Zahlung der Prämien und der Einhaltung aller anderen Verbindlichkeiten im Rahmen dieses *Vertrags* verpflichtet ist, der jedoch selbst keinen Versicherungsschutz genießt. Alle *Anträge* unterliegen der medizinischen Risikoprüfung und wir werden dem *Versicherungsnehmer* die Bedingungen, die für jedweden *Anspruchsberechtigten*, der auf der *Versicherungsbescheinigung* namentlich aufgeführt ist, mitteilen.

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

8.1

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

8.2

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

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

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

8.3

Falls Sie oder Ihre Ehegattin ein Kind zur Welt bringen/bringt, können Sie beantragen, dass das Neugeborene als *Anspruchsberechtigter* zu Ihrer bestehenden Versicherung hinzugefügt wird:

8.3.1

Wenn mindestens ein Elternteil für einen Zeitraum von zwölf zusammenhängenden

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

8.3.2

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

8.3.3

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

9. Was umfasst der Versicherungsschutz?

9.1

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

9.2

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

9.3

Zusätzlich zu einer vorherigen Genehmigung einer *Behandlung* kann eine weitere Genehmigung für *Behandlungen* im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung erforderlich sein, falls zum Zeitpunkt der *Behandlung*:

9.3.1

die Mutter beabsichtigt, sich außerhalb Ihres Aufenthaltslandes *aufzuhalten*; oder

9.3.2

die Mutter beabsichtigt, im Land Ihrer *Staatsangehörigkeit* aufzuhalten.

9.4

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

9.5

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

9.6

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

10. Versicherungsoptionen

10.1

Die internationale Krankenversicherung steht jedem *Anspruchsberechtigten zur Verfügung*. *Die verfügbaren Leistungen* (vorbehaltlich geltender Bestimmungen, Beschränkungen und Ausschlüsse) sind unter „Ihre Leistungen im Detail“ im *Kundenleitfaden* aufgeführt.

10.2

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

10.2.1

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen;

10.2.2

Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte;

10.2.3

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden; und

10.2.4

Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz.

10.3

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

10.4

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

vor dem *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* mitteilen.

10.5

Wenn *Sie* neue Versicherungsoptionen hinzufügen lassen möchten, können *wir* das Ausfüllen eines Fragebogens zur Krankengeschichte fordern und neue Sondereinschränkungen oder Ausschlüsse für die neuen Versicherungsschutzoptionen vorschreiben.

10.6

Sie können (sofern *Ihr Aufenthaltsland* nicht die USA ist) zwischen zwei Optionen wählen: (*Weltweit ausschließlich USA* und *Weltweit einschließlich USA*), um zu bestimmen, wo die Anspruchsberechtigten auf der Welt abgedeckt sein sollen.

10.6.1

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

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

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

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

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

Die Prüfung der Einreise in dieses Land außerhalb *Ihres ausgewählten Versicherungsbereichs* wird ebenfalls verlangt, bevor die *Leistungen* unter dieser Versicherung bezahlt werden. Dieser Versicherungsschutz endet, sobald die *Behandlung* Ergebnisse in einem stabilen Zustand aufweist.

10.6.2

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

11. Prämien und andere Gebühren

11.1

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

11.2

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

11.3

Wir können bestimmte Strafen anwenden, falls *Anspruchsberechtigte* vor der *Behandlung* keine Genehmigung einholen oder die *Behandlung* in den USA in einem *Krankenhaus*, einer *Klinik* oder *bei einem Arzt erhalten*, die bzw. der nicht Teil des *Cigna* Netzwerks ist. Eine Liste der im *Cigna* Netzwerk enthaltenen *Krankenhäuser*, *Kliniken* und *Ärzte* ist in Ihrem sicheren Online-Kundenbereich erhältlich.

11.4

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

11.5

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

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

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

11.6

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

12. Selbstbeteiligung

12.1

Wir werden den Betrag, den *wir* für die Kosten der *Behandlung* im Hinblick auf jede Forderung, die gemäß der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls anwendbar) um den Betrag einer jedweden *Selbstbeteiligung* reduzieren, bis die *Selbstbeteiligung* für die *Versicherungsdauer* erreicht wird.

12.2

Die *Selbstbeteiligung* gilt separat für jeden *Anspruchsberechtigten*, jede Versicherungsschutzoption und jede *Versicherungsdauer*.

12.3

Sie können wählen, ob *Sie* bei der Internationalen Krankenversicherung oder dem Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen eine *Selbstbeteiligung* wünschen. Wenn *Sie* dies möchten, wird *Ihre* Prämie geringer sein, als dies andernfalls der Fall wäre. Wenn *Sie* eine *Selbstbeteiligung* anwenden möchten, sollten *Sie uns* dies in *Ihrem Antragsformular* mitteilen.

12.4

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

12.5

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

12.6

Sie können jedes Jahr eine Änderung an der *Selbstbeteiligung* mit Wirkung ab *Ihrem jährlichen Verlängerungszeitpunkt* beantragen. Wenn *Sie Ihre Selbstbeteiligung* abschaffen oder reduzieren möchten, können *wir* das Ausfüllen eines Fragebogens zur medizinischen Vorgeschichte verlangen, und *wir* können neue Sonderbeschränkungen oder Ausschlusskriterien anwenden.

13. Eigenanteil

13.1

Wenn ein *Eigenanteil* bei der Internationalen Krankenversicherung ausgewählt wird, so ziehen *wir* von dem von *uns* zu zahlenden Betrag für *Behandlungen* den Prozentsatz des *Eigenanteils* ab. Der Prozentanteil des *Eigenanteils* führt zu einem Anteil an den Kosten der *Behandlung*, der nicht von uns übernommen wird; diese Kosten werden durch die *maximale Zuzahlung*, die *Sie* für eine *Versicherungsdauer* ausgewählt haben, gekappt.

13.2

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

13.3

Nur Beträge, die *Sie* in Bezug auf den *Eigenanteil* für die Internationale Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen bezahlen, unterliegen dem Kappeffekt der *maximalen Zuzahlung*. Sämtliche Beträge, die *Sie* aufgrund einer *Selbstbeteiligung*, aufgrund der Überschreitung der Deckungsgrenzen, für eine *Behandlung*, die nicht durch die Internationale Krankenversicherungsplan oder die Internationale Option für ambulante Behandlung abgedeckt ist, oder aufgrund von Strafen für die Nichteinholung einer Vorabgenehmigung oder die Verwendung von Anbietern in den USA, die nicht Teil des Netzwerk sind, zahlen, unterliegen nicht der *maximalen Zuzahlung*.

13.4

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

13.5

Sie können auswählen, ob ein *Eigenanteil* für die Internationalen Krankenversicherung oder den Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gelten soll. Wenn *Sie* dies möchten, wird *Ihre* Prämie geringer sein, als dies andernfalls der Fall wäre. Wenn

Sie einen *Eigenanteil* anwenden möchten, müssen *Sie uns* dies in *Ihrem Antragsformular mitteilen*. Außerdem wählen *Sie*, wenn *Sie* einen *Eigenanteil* möchten, auch eine entsprechende *maximale Zuzahlung*.

13.6

Wenn *Sie* sowohl eine *Selbstbeteiligung* als auch einen *Eigenanteil* wählen, wird der Betrag, den *Sie* aufgrund der *Selbstbeteiligung* zahlen müssen, vor dem Betrag, den *Sie* aufgrund des *Eigenanteils* zahlen müssen, berechnet. Siehe Artikel 12 für weitere Informationen in Bezug auf *Selbstbeteiligungen*.

13.7

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

13.8

Sie können jedes Jahr eine Änderung des *Eigenanteils* mit Wirkung ab *Ihrem jährlichen Verlängerungszeitpunkt* beantragen. Wenn *Sie Ihren Eigenanteil* aufheben oder reduzieren möchten, können *wir* das Ausfüllen eines Fragebogens zur medizinischen Vorgeschichte verlangen, und *wir* können neue Sonderbeschränkungen oder Ausschlusskriterien anwenden.

14. Kündigung des Versicherungsschutzes

14.1

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

14.1.1

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

14.1.2

es für *uns* rechtlich nicht mehr möglich ist, einen gemäß diesem *Vertrag* zur Verfügung gestellten Versicherungsschutz zu anzubieten; oder

14.1.3

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

14.1.4

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

14.1.5

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

14.2

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

14.3

Falls dieser *Vertrag* vor dem normalen *Ablaufdatum* endet, werden alle Prämien, die innerhalb des Zeitraums nach dem Ende des Versicherungsschutzes gezahlt wurden, anteilig zurückerstattet, solange keine Erstattungsanträge gestellt wurden

und keine *Zahlungsgarantien* oder vorherige Genehmigungen während der *Versicherungsdauer* dafür ausgesprochen wurden. Falls *Ihr Vertrag* gemäß Artikel 14.1.4 gekündigt wird, können *wir* jedoch keine von *Ihnen* gezahlte Prämien zurückerstatten und die Erstattung von Forderungen, die *Sie* im Rahmen *Ihres Vertrags* gestellt haben, ist ebenfalls nicht möglich.

Falls der *Vertrag* vor dem normalen Ablaufdatum endet und *Sie* bereits Erstattungsanträge im Rahmen dieser Versicherung gestellt haben, müssen *Sie* die restlichen noch nicht entrichteten Prämien in Bezug auf diese *Versicherung* zahlen.

14.4

Falls die *Behandlung* genehmigt wurde, übernimmt *Cigna* keinerlei Haftung für *Behandlungskosten*, wenn die *Versicherung* endet oder ein *Anspruchsberechtigter* die *Versicherung* kündigt, bevor die *Behandlung* stattgefunden hat.

14.5

Wo immer möglich werden *wir Sie* mindestens einen Monat vor dem *Ablaufdatum* des *Vertrags* schriftlich benachrichtigen, dass der Versicherungsschutz nach dem *Ablaufdatum* nicht verlängert wird.

15. Ihre Pflicht zu angemessener Sorgfalt

Sie müssen bei der ehrlichen, genauen und vollständigen Beantwortung all *unserer* Fragen angemessene Sorgfalt walten lassen. Falls *Sie* dies versäumen oder falls *Sie uns* vorsätzlich oder fahrlässig Informationen zukommen lassen, von denen *Sie* wissen oder annehmen müssen, dass sie unwahr oder ungenau sind, kann dies dazu führen, dass *wir Ihre Versicherung* kündigen, den Wert aller *Ihnen* zustehender Erstattungszahlungen reduzieren, oder die Zahlung von Erstattungen insgesamt ablehnen müssen.

16. Betrug

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

17. Im Ausland lebende Personen und Staatsbürgerschaft

17.1

Diese *Versicherung* deckt keine Kosten für *Behandlungen* in einem Land ab, über dessen Staatsbürgerschaft der *Anspruchsberechtigte*, der die *Behandlung* erhält, verfügt, ausgenommen, der Anspruchsberechtigte ist in dem Land zu Besuch, wobei all diese Besuche während der *Versicherungsdauer* höchstens 90 Tage dauern dürfen und das Land sich innerhalb des *ausgewählten Versicherungsgebiets* befinden muss.

17.2

Falls ein *Anspruchsberechtigter* keine im Ausland lebende Person ist oder aufhört, eine im Ausland lebende Person zu sein (ob als Ergebnis der Änderung der Staatsbürgerschaft oder als Änderung seines Wohnsitzes), können *Sie* :

17.2.1

die *Versicherung* in Kraft lassen. Der Versicherungsschutz bleibt für jeden *Anspruchsberechtigten* unberührt, der eine im Ausland lebende Person ist und für jeden *Anspruchsberechtigten*, der keine im Ausland lebende Person ist, aber die *Behandlung* außerhalb des Landes seiner Staatsbürgerschaft erhält; oder

17.2.2

die *Versicherung* kündigen, gemäß Artikel 14.2, wobei Artikel 14.3 und 14.4 zur Anwendung gelangen.

17.3

In einigen Fällen kann es passieren, dass *wir* den Versicherungsschutz beenden müssen, falls eine Veränderung in Bezug auf das *Aufenthaltsland* es für *uns* rechtlich verbieten würde, *Ihnen* den Versicherungsschutz anzubieten oder zu einem Verstoß gegen geltende Bestimmungen, die die Bereitstellung der Gesundheitsfürsorge für Einheimische, Ansässige oder Staatsbürger führen würde.

17.4

Wir behalten uns das Recht vor, *Sie* um weitere Informationen bei Änderungen *Ihres Aufenthaltslandes* zu bitten. Eine Änderung *Ihres Aufenthaltslandes* kann zu einer Erhöhung *Ihrer* Prämie oder zur Fälligkeit zusätzlicher Steuern führen. Das bedeutet, dass *Sie* eine zusätzliche Prämienzahlung vornehmen müssen, oder dass *Ihre* monatlichen oder vierteljährlichen Zahlungen steigen können. Falls die Prämie steigt, gewähren *wir Ihnen* das Recht, die Versicherung gemäß Artikel 14.2, unter Berücksichtigung von Artikel 14.3 und 14.4, zu kündigen.

18. Änderung der Adresse und Staatsbürgerschaft

18.1

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

18.2

Sie müssen *uns* informieren, falls *Anspruchsberechtigte* die Adresse, das *Aufenthaltsland*, oder die *Staatsbürgerschaft* ändern. *Wir* senden *Ihnen* dann eine aktualisierte *Versicherungsbescheinigung* über den von *Ihnen* gewählten Kanal (Postanschrift, die *Sie* mitgeteilt haben, oder *Ihr* sicherer Online-Kundenbereich).

19. Wie nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf

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

20. Wie nehmen Sie mit uns Kontakt auf

Unter bestimmten Umständen, die in diesen Regeln erläutert werden, kann es erforderlich werden, dass *Sie uns* schriftlich informieren. In einem derartigen Fall schreiben *Sie uns* bitte an die folgende Adressen:

Cigna Global Health Options
Kundendienstteam
1 Knowe Road
Greenock
Schottland
PA15 4RJ

oder senden Sie *uns* eine E-Mail an:

cignaglobal_customer.care@cigna.com

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

21. Vertragsanpassungen

21.1

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

21.2

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

21.3

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

21.4

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

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

Wir werden *Sie* dann über etwaige vorgenommene Veränderungen in Kenntnis setzen und gegebenenfalls eine abgeänderte *Versicherungsbescheinigung* ausstellen. Die Abänderungen treten am Tage des *jährlichen Verlängerungszeitpunkt* in Kraft.

Wir garantieren nicht, dass Sonderausschlusskriterien oder zusätzliche Prämien bei einer Verlängerung gestrichen werden.

22. Wer kann diese Rechte aus diesem Vertrag geltend machen?

Nur *wir* und *Sie* verfügen über die gesetzlichen Rechte im Zusammenhang mit dieser *Versicherung*. Dies bedeutet, dass nur *wir* oder *Sie* Rechte in Bezug auf diese Vereinbarung einklagen können. (Dessen ungeachtet können alle von diesem *Vertrag* abgedeckten Personen *unser* Beschwerdeverfahren nutzen).

23. Unser Recht auf Anspruchsabtretung an Dritte

Wenn ein *Anspruchsberechtigter* als Folge eines Unfalls oder einer vorsätzlichen Handlung, für die ein Dritter die Schuld trägt, eine *Behandlung* benötigt, werden *wir* (oder jede Person oder

jedes Unternehmen, die/das *wir* benennen) das Recht des *Anspruchsberechtigten*, die Kosten für diese *Behandlung* vom schuldigen Dritten (oder seinem Versicherungsunternehmen) einzufordern, wahrnehmen. Der Anspruchsberechtigte muss alle Schritte unternehmen, um die Höhe der Leistung, die von *uns* im Rahmen dieser *Versicherung* in einem Anspruch gegen den Verursacher, (oder dessen Versicherungsunternehmen) verlangt wird, mit einzubeziehen.

Der *Anspruchsberechtigte* muss alle Dokumente oder Unterlagen unterschrieben zustellen und alle anderen Maßnahmen ergreifen, die *wir* zur Sicherung *unserer* Rechte benötigen. Der *Anspruchsberechtigte* darf keine Maßnahmen ergreifen, die diese Rechte schädigen oder beeinträchtigen könnten. *Wir* können im Namen eines *Anspruchsberechtigten* zu *unseren* Gunsten jeden Erstattungsantrag annehmen, ablehnen, durch Vergleich regeln oder diesbezüglich rechtliche Schritte einleiten. *Wir* treffen die Entscheidung über die Verfahrensweise bei allen Prozessen oder Vergleichsverhandlungen.

24. Andere Versicherungen

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

25. Datenschutz

25.1

Cigna muss *Ihre* personenbezogenen und sensiblen Daten, die sich auf *Sie* beziehen, z. B. *Ihr/e* Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummern, und sensible Daten, wie z. B. Details über Gesundheitsdaten in Bezug auf *Sie*, zum Zwecke der Verwaltung dieser *Bestimmung* und Bereitstellung der Versicherung, erfassen und verarbeiten. *Sie* stimmen hiermit zu, dass *Cigna* personenbezogene und sensible Daten, die sich auf *Sie* beziehen, in dem Ausmaß erfassen und verarbeiten kann, wie es für diese Zwecke erforderlich ist.

25.2

Telefongespräche mit *Cigna* können aus Qualitätskontrollgründen aufgezeichnet werden.

Im Sinne der EU-Richtlinie zum Datenschutz (Richtlinie 95/46/EG) und dem Datenschutzgesetz 1998 fungieren *wir* als Datenverantwortlicher für in *unserem* Besitz befindliche personenbezogene und sensible Informationen.

Diese Daten werden durch *uns* verarbeitet, um *unseren* Verpflichtungen nachzukommen. *Wir* müssen diese unter bestimmten Umständen an Dritte (wie z. B. Gesundheitsdienstleister oder Zulieferer) weiterleiten, die *uns* dabei helfen, unseren Verpflichtungen *Ihnen* gegenüber nachzukommen, was in bestimmten Fällen bedeuten kann, dass *wir* Ihre Daten an Orte außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) hinaus übertragen müssen. Dort, wo *wir* dies tun, treffen *wir* geeignete Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass *Ihre* Daten sicher und geschützt sind.

Wenn *Sie* eine Kopie der *uns* über *Sie* vorliegenden Daten wünschen, schreiben Sie *uns* bitte unter Angabe *Ihrer* Vertragsnummer. Beachten Sie bitte, dass wir für die Bereitstellung dieser Informationen gegebenenfalls eine angemessene Gebühr erheben.

25.3

Um Unterstützung bei der Aufdeckung und Unterbindung von Betrugshandlungen einzuholen, müssen *wir* gegebenenfalls Daten an andere Versicherer oder Organisationen weiterleiten. Wenn *wir* diesbezüglich Daten weiterleiten müssen, werden *wir* nur Daten weiterleiten, die für die Vermeidung oder Entdeckung eines Betrugs oder versuchten Betrugs erforderlich sind, und wir werden keine Daten über einen *Anspruchsberechtigten* weiterleiten, die für diesen Zweck nicht erforderlich sind.

26. Sprache

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

27. Behördliche Informationen

Cigna ist von der Guernsey Financial Services Commission zur Durchführung von Versicherungsgeschäften auf Guernsey reguliert.

28. Beschwerden

28.1

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

Cigna Global Health Options
Kundendienstteam
1 Knowe Road
Greenock
Schottland
PA15 4RJ

28.2

Wird der Beschwerde nicht abgeholfen, können *Sie* sich an folgende Stelle wenden:

The Channel Islands Financial Ombudsman
(CIFO)
PO Box 114
Jersey Channel Islands
JE4 9QG

E-Mail: complaints@ci-fo.org

29. Geltendes Recht und Gerichtsstand

29.1

Dieser *Vertrag* unterliegt englischem Recht und wird dementsprechend ausgelegt.

29.2

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

ABSCHNITT 2: ALLGEMEINE AUSSCHLUSSKRITERIEN



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

1.

Für den Vertrag gelten die folgenden allgemeinen Ausschlusskriterien:

1.1

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

1.2

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

1.3

Wir nehmen keine Erstattungen vor, wenn *wir* einen begründeten Verdacht hegen, dass die Anträge mit betrügerischer Absicht gestellt werden.

1.4

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

1.5

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

1.6

Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für die internationale Krankenversicherung und für sämtliche zusätzliche Versicherungsoptionen.

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

1.7

Wir übernehmen keine Kosten für:

1.7.1

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

1.7.2

Behandlung für:

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

Wir zahlen nicht für die *Behandlung* von vorab bestehende Erkrankungen, von denen der *Anspruchsberechtigte* an dem Tag, an dem der Versicherungsschutz begann, wusste (oder vernünftigerweise hätte wissen müssen), und für die *wir* ausdrücklich keinen Versicherungsschutz gewährt haben.

1.7.3

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

1.7.4

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

- > *Behandlung*, die *teilstationär* oder *ambulant* erfolgen können;
- > Konvaleszenz;
- > Aufnahmen und Aufenthalte aus sozialen oder häuslichen Gründen; z. B. Waschen, Ankleiden und Baden.

1.7.5

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

1.7.6

Spenderorgane:

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

1.7.7

Chirurgische Eingriffe beim Fötus, d. h. *Behandlungen* oder *chirurgische Eingriffe*, die im Mutterleib vor der Geburt vorgenommen werden, sofern dies nicht aus Schwangerschaftskomplikationen herrührt, die aus der Mutterschaft herrühren. Diese

unterliegen den Beschränkungen die im Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ *Ihrer Versicherung* aufgeführt sind, sofern Versicherungsschutz besteht.

1.7.8

Fußbehandlungen durch einen Fußpfleger oder Podologen.

1.7.9

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

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

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

1.7.10

Behandlungen durch:

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

1.7.11

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

1.7.12

Behandlungen von und in Verbindung mit einer Raucherentwöhnung.

1.7.13

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

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

wenn der *Anteilsberechtigten* :

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

1.7.14

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

1.7.15

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

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

1.7.16

Entwicklungsstörungen einschließlich:

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

1.7.17

Kiefergelenkerkrankungen.

1.7.18

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

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

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

1.7.19

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

1.7.20

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

1.7.21

Behandlung einer mit einer Abhängigkeitsstörung im Zusammenhang stehenden Erkrankung.

1.7.22

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

1.7.23

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

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

1.7.24

Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit (außer Untersuchungen bis zum Punkt der Diagnose), *Behandlungen* von Fruchtbarkeitsstörungen jeder Art, oder *Behandlung* von Komplikationen, die als das Ergebnis einer solchen Behandlung *auftreten*. Dies umfasst unter anderem:

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

Wir zahlen für Untersuchungen der Ursache einer Unfruchtbarkeit, wenn:

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

1.7.25

Behandlung aufgrund des absichtlichen Schwangerschaftsabbruchs, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben der *Anspruchsberechtigten* oder ihre mentale Stabilität gefährdet.

1.7.26

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

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

1.7.27

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

1.7.28

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

1.7.29

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

1.7.30

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

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

1.7.31

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

Wir übernehmen die Kosten für präventive *chirurgische Eingriffe*, wenn ein *Anspruchsberechtigter*:

- a) eine signifikante familiäre Vorbelastung in Bezug auf eine Erkrankung hat, die Teil eines vererbten *Krebssyndroms* ist (wie z. B. *Eierstockkrebs*); und

- b) einen genetischen Test hat durchführen lassen, durch den das Vorhandensein eines erblichen *Krebssyndroms* nachgewiesen wurde. (Bitte beachten *Sie*, dass *wir* keine Kosten für genetische Tests übernehmen).

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

1.7.32

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

1.7.33

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

1.7.34

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

1.7.35

Behandlungen, von Refraktionsfehlern eines Auges oder beider Augen, insbesondere *Laserbehandlungen*, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie.

Wir übernehmen die Kosten für *Behandlungen* zur Korrektur oder Wiederherstellung des Sehvermögens, sofern dies aufgrund einer Krankheit, einer Erkrankung oder einer *Verletzung* erforderlich ist (wie z. B. Katarakte oder eine abgelöste Netzhaut).

1.7.36

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

1.7.37

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

1.7.38

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

1.7.39

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

1.7.40

Alle Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.

1.7.41

Operationen zur Geschlechtsumänderung oder alle *Behandlungen*, die erforderlich wird, um solche *Operationen* vorzubereiten oder sich von diesen zu erholen (z. B. psychologische Beratung), einschließlich Komplikationen, die aus einer solchen *Behandlung* resultieren.

1.7.42

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

- a) Teilnahme an einer Sportveranstaltung auf professioneller Basis;
- b) Solosporttauchen; oder

- c) Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als 30 Metern, sofern der *Anspruchsberechtigte* nicht entsprechend qualifiziert ist (PADI-Qualifikation oder gleichwertig), um in dieser Tiefe einen Tauchgang durchzuführen.

1.7.43

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

- a) *Behandlungen* im Rahmen klinischer Studien;
- b) *Behandlungen*, die durch die entsprechende Gesundheitsbehörde des Landes, in dem sie durchgeführt werden, nicht genehmigt sind; oder
- c) Medikamente oder Arzneimittel, die für einen Zweck verschrieben werden, der in dem Land, in dem sie verschrieben werden, nicht lizenziert oder genehmigt sind.

1.7.44

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

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

Wir zahlen nur für plastische, kosmetische oder rekonstruktive Behandlungen, falls die Erkrankung, Verletzung oder der chirurgische Eingriff durch den die Behandlung notwendig wird, während der derzeit bestehenden ununterbrochenen Versicherungsdauer des Anspruchsberechtigten stattfand und selbst durch den Vertrag abgedeckt ist.

1.7.45

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

1.7.46

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

1.7.47

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

1.7.48

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

1.7.49

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

ABSCHNITT 3: DEFINITIONEN



Die Worte und Begriffe, die nachfolgend aufgeführt sind, haben die genannten Bedeutungen. Dort, wo die Worte und Begriffe mit diesen Bedeutungen verwendet werden, erscheinen sie in diesen *Vertragsbedingungen*, und im *Kundenleitfaden* in Kursiv druck, einschließlich *der Liste der Leistungen*.

Soweit nicht anderweitig vorgegeben, beinhaltet der Singular den Plural und die männliche Form beinhaltet die weibliche Form und umgekehrt.

A

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

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

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

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

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

„Angemessene Altersstufen“ - Geburt, zwei Monate, vier Monate, sechs Monate, neun Monate, zwölf Monate, 15 Monate, 18 Monate, zwei Jahre, drei Jahre, vier Jahre, fünf Jahre und sechs Jahre.

„Anspruchsberechtigte“

„Anspruchsberechtigter“ - jede Person, die auf *Ihrer Versicherungsbescheinigung* als durch diese *Versicherung* abgedeckt aufgeführt ist, einschließlich neugeborener Kinder.

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

„Arzt“ - ein *Doktor* oder *Spezialist*, der angemeldet oder registriert ist, um gemäß den Gesetzen des Landes, Staates oder eines anderen regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* durchgeführt wird, zu praktizieren, und der nicht von dieser *Versicherung* abgedeckt ist, oder mit einer Person, die von diesem *Vertrag* abgedeckt ist, verwandt ist.

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

„Ausgewähltes Versicherungsgebiet“

- bedeutet entweder:

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

B

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

„Berechtigte Person“ -

Versicherungsnehmer/in oder *Anspruchsberechtigte/r*.

„Bereits bestehende Erkrankung“ -

jede Erkrankung, Krankheit oder *Verletzung*, oder Symptome in Verbindung mit einer solchen Krankheit, Erkrankung oder *Verletzung*, für die folgendes gilt:

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

vor dem *ersten Datum des Versicherungsbeginns*.

C

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

„Chirurgische(s) Hilfsmittel“ „Medizinische(s) Hilfsmittel“ -

bedeutet entweder:

- > ein künstliches Körperteil, eine Prothese oder ein Gerät, das oder das für den Zweck oder in Verbindung mit einem *chirurgischen Eingriff* erforderlich ist; oder
- > ein künstliches Gerät oder eine Prothese, das oder die für die *Behandlung* unmittelbar nach einem *chirurgischen Eingriff* notwendig ist, solange dies *medizinisch notwendig ist*; oder
- > eine Prothese oder ein Hilfsmittel, die oder das medizinisch und als Teil des Genesungsprozesses *kurzzeitig medizinisch notwendig* ist.

„Cigna“ „wir“ „uns“ „unser“

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

D

„Datum des Versicherungsbeginns“ -

das Datum an dem der Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* beginnt, wie in der *Versicherungsbescheinigung* angegeben.

„Diagnostische Tests“ -

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

„Doktor“ -

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

E

„Ehegatte“ - der gesetzliche Ehemann oder die gesetzliche Ehefrau, oder der unverheiratete oder eingetragene Lebenspartner des *Anspruchsberechtigten*, den *wir* für den Versicherungsschutz im Rahmen dieses *Vertrags* akzeptiert haben.

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

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

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

„Erstes Datum des Versicherungsbeginns“ - der erste Tag, an dem der Versicherungsschutz des *Anspruchsberechtigten* im Rahmen der Internationalen Krankenversicherung beginnt.

„Evidenzbasierte Behandlung“ - 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
- > das *Cigna Medical Team* (*medizinisches Team von Cigna*); oder
- > eine andere Einrichtung, die durch das *Cigna Medical Team* anerkannt wird.

G

„Gesunder natürlicher Zahn/gesunde natürliche Zähne“ - ein Zahn, der für den Zweck des Kauens und Sprechens normal funktioniert und der kein Zahnimplantat ist. Bei einem derartigen Zahn/derartigen Zähnen darf es zu keinem der folgenden Ereignisse gekommen sein:

- > Karies oder Füllung;
- > Zahnfleischerkrankung aufgrund von Knochenschwund;
- > Wurzelkanalbehandlung.

H

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

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

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

I

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

„Internationale Dienste“ - Dienstleistungen, die durch den *medizinischen Assistenzdienst* organisiert werden.

J

„Jährlicher Verlängerungszeitpunkt“ - der Jahrestag des *Datums des Versicherungsbeginns*.

K

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

„Konventionell“ - Verfahren oder *Behandlungen* gelten als „konventionell“, wenn sie in dem Land, in dem sie durchgeführt werden, zum Zeitpunkt ihres Beginns medizinisch anerkannt sind, also von zahlreichen angesehenen und kompetenten *Ärzten*, die in dem betreffenden Bereich der Medizin erfahren sind, anerkannt sind.

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

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

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

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

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

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

L

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

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

M

„Maximale Zuzahlung“ - der Höchstbetrag des *Eigenanteils* gemäß der Internationalen Krankenversicherung und dem Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, der vom

Anspruchsberechtigten während der *Versicherungsdauer* gezahlt werden muss. Dieser Betrag wird gegebenenfalls in der *Versicherungsbescheinigung* aufgeführt. Dies gilt nur für Beträge, die in Bezug auf den *Eigenanteil* im Rahmen der internationalen Krankenversicherung oder des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen gezahlt werden.

Sämtliche Beträge, die aufgrund einer *Selbstbeteiligung* wegen Überschreitung der Deckungsgrenzen für eine *Behandlung*, die nicht durch *Ihre* Versicherung abgedeckt ist, bezahlt wurden; oder die aufgrund von Strafzahlungen für das Nichteinholen einer vorherigen Genehmigung oder für die Verwendung von Anbietern außerhalb des Netzwerkes in den *USA*, bezahlt wurden, werden bei der Berechnung der *maximalen Zuzahlung* nicht berücksichtigt.

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

- > erforderlich sind, um eine Krankheit, *Verletzung*, Erkrankung oder deren Symptome zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- > *konventionell* und in Übereinstimmung mit den allgemein anerkannten medizinischen Verfahrensstandards sind;
- > klinisch angemessen sind in Bezug auf die Art, Häufigkeit, das Ausmaß, den Ort und die Dauer;
- > nicht vornehmlich als Annehmlichkeit für einen *Anspruchsberechtigten*, Mediziner oder ein anderes *Krankenhaus*, eine *Klinik* oder einen *Arzt* erbracht werden; und
- > mit möglichst geringem Aufwand erbracht werden, der für die Leistungen und Hilfsmittel angemessen ist.

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

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

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

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

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

- > *Behandlung* zur absichtlichen Beendigung der Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht das Leben oder die mentale Stabilität der Mutter gefährdet; und
- > Betreuung von Neugeborenen im *Krankenhaus*, sofern die Mutter nicht *aufgrund* einer *medizinisch notwendigen Behandlung* im Krankenhaus verbleiben muss, die durch diesen *Vertrag* abgedeckt ist.

N

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

O

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

P

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

Q

„Qualifizierendes Lebensereignis“ bedeutet:

- > Eheschließung oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- > Beginn des Zusammenlebens mit einem Partner;
- > Scheidung oder Trennung;
- > Geburt eines Kindes;
- > rechtsgültige Adoption eines Kindes; oder

- > Tod eines *Ehegatten*, Partners oder Kindes.

Wir können einen Nachweis für das oben genannte Ereignis verlangen.

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

R

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

S

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

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

„Spezialist“ - ein *Doktor*, der nach den Gesetzen des Landes, Staates oder anderen regulierten Gebiets, in dem die *Behandlung* angeboten wird, und nur für die empfohlene *Behandlung* als solcher anerkannt, registriert oder lizenziert ist.

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

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

T

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

„Teilstationäre Behandlung“

- Versorgung, die die Aufnahme ins *Krankenhaus* und die Nutzung eines Bettes aber keine Übernachtung umfasst. In Bezug auf die Aufnahmen in den *USA* umfasst dies auch chirurgische Verfahren, die im OP des *Doktors* durchgeführt werden.

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

U

„USA“ - Vereinigte Staaten von Amerika.

V

„Verletzung“ - eine physische Verletzung.

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

„Versicherungsbescheinigung“

- die Bescheinigung, die für den *Versicherungsnehmer* ausgestellt wird. Sie enthält die Versicherungsnummer, *das Datum des Versicherungsbeginns*, die Höhe der *Selbstbeteiligung* (falls ausgewählt), die Höhe des Eigenanteils (falls ausgewählt), die *maximale Zuzahlung* (falls ausgewählt), Details zu den versicherten Personen, sowie sämtliche gesonderten Ausschlusskriterien oder gegen eine Sonderzahlung entfernte Ausschlusskriterien und geltende *Leistungen*.

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

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

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

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

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

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

W

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

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

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

Z

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

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

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

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

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

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

Together, all the way.SM



„Cigna“ und das Logo „Tree of Life“ sind eingetragene Servicemarken der Cigna Intellectual Property, Inc., deren Nutzung durch Cigna Corporation und ihre operativen Niederlassungen lizenziert ist. Alle Produkte und Leistungen werden von oder durch diese operativen Niederlassungen, nicht jedoch durch die Cigna Corporation, angeboten. Zu diesen operativen Niederlassungen gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited. © 2015 Cigna