

Ihre Vertragsbedingungen

für Verträge für im Ausland lebende Personen aus

Dieser **Vertrag** bezieht sich auf **im Ausland lebende Personen**. Es besteht kein Versicherungsschutz für **Behandlungskosten** in Ländern, deren Staatsbürgerschaft der **Anspruchsberechtigte** zum Zeitpunkt der **Behandlung** besitzt (so besteht beispielsweise kein Versicherungsschutz für Deutsche, die sich in Deutschland behandeln lassen); Ausnahmen gelten in begrenztem Umfang. Siehe Abschnitt 16.1.

Falls **Sie** Fragen zu den Bedingungen dieses **Vertrags** haben, kontaktieren **Sie uns** bitte innerhalb von einundzwanzig (21) Tagen ab der Zustellung **Ihres Vertrags**. Wenn **wir** nichts von **Ihnen** hören, gehen **wir** davon aus, dass **Sie** die Bedingungen verstanden haben und akzeptieren.

Entspricht dieser **Vertrag** nicht **Ihren** Bedürfnissen oder **Ihrem** Willen, können **Sie** ihn innerhalb von einundzwanzig (21) Tagen nach Erhalt durch **uns** stornieren lassen. Wenn keine Erstattungen beantragt worden sind und keine **Zahlungsgarantien** oder vorherige Genehmigungen gegeben wurden, ersetzen **wir Ihnen die** bereits gezahlten Prämien.

Fett gedruckte Wörter und Formulierungen haben die in Abschnitt 3, „Definitionen“, dargelegten Bedeutungen.

Dieser **Vertrag** ersetzt keine staatliche Krankenversicherung. **Sie** sollten die Zahlungen an die staatliche Krankenversicherung nur einstellen, wenn **Sie** über die damit verbundenen Risiken informiert worden sind.

ABSCHNITT 1 – ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Versicherungsvereinbarung

Abhängig von den Bedingungen, Beschränkungen und Ausschlusskriterien in diesem **Vertrag** ersetzt **Cigna** medizinische und damit verbundene Kosten für Behandlungen, die im Rahmen des **ausgewählten Versicherungsschutzes** für **Verletzungen** und **Krankheiten** erbracht werden. Die **Behandlung** muss innerhalb der **Versicherungsdauer** erfolgen und es können **Selbstbeteiligungen**, **Eigenanteile** und Deckungsgrenzen anfallen bzw. auftreten.

2. Vertragsdokumente

Der **Vertrag** zwischen **Ihnen** und **uns** besteht ausschließlich aus den vorliegenden **Vertragsbedingungen**, **Ihrem Antragsformular**, **Ihrer Versicherungsbescheinigung** und dem **Kundenleitfaden**. **Sie** sollten diese aufmerksam lesen.

3. Ab wann gilt der Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz gilt ab dem **Anfangsdatum** auf der ersten

Versicherungsbescheinigung, die **wir Ihnen** zusenden. Zu diesem Datum wird der **Vertrag** außerdem jährlich verlängert.

3.2 Sollten **Sie** sich entschließen, den Versicherungsschutz auf weitere **Anspruchsberechtigte** ausweiten zu lassen, so gilt deren Versicherungsschutz ab dem **Anfangsdatum** auf der ersten **Versicherungsbescheinigung**, auf der diese aufgeführt werden.

3.3 Entsteht zwischen **Ihrer** Beantragung und dem **ursprünglichen Anfangsdatum Ihres Vertrags** eine Verzögerung, kann es vorkommen, dass **wir Ihnen** eine Zusammenfassung schicken, um **uns** von **Ihnen** bestätigen zu lassen, dass die Informationen noch aktuell sind. Wenn **wir** eine solche Zusammenfassung ausstellen und es Änderungen gibt, über die **Sie uns** nicht in Kenntnis gesetzt haben, können **wir** dies als Falschangabe werten, was Folgen für den Versicherungsschutz unter **Ihrem Vertrag** oder die Erstattungen haben kann.

4. Bis wann gilt der Versicherungsschutz?

4.1 Dieser **Vertrag** ist ein Jahresvertrag. Das bedeutet, dass der Versicherungsschutz ein Jahr ab dem **Anfangsdatum** gilt, wenn der **Vertrag** nicht verlängert oder vorher gekündigt wird. Liegt das **Anfangsdatum** beispielsweise auf dem 1. Januar, so gilt der Versicherungsschutz bis zum 31. Dezember.

4.2 In den folgenden Fällen erlischt der Versicherungsschutz für **Anspruchsberechtigte** automatisch:

4.2.1 Der **Anspruchsberechtigte** verstirbt (versicherte **Leistungen**, die nach dem Tode zahlbar werden, beispielsweise die Rückführung der sterblichen Überreste, werden jedoch gezahlt)

4.2.2 Der **Vertrag** wird gekündigt Die Umstände, bei deren Vorliegen **Sie** oder **wir** den **Vertrag** kündigen können, finden **Sie** in Abschnitt 12.

4.3 Bei **Ihrem** Tod erlischt der Versicherungsschutz für alle **Anspruchsberechtigten**.

In diesem Fall werden **wir** versuchen, die anderen **Anspruchsberechtigten** unter diesem **Vertrag** zu erreichen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, den Versicherungsschutz bis zum **vereinbarten Vertragsende** weiterzuführen, indem die Versicherung auf einen neuen **Versicherungsnehmer** übertragen wird. Wünscht der **Anspruchsberechtigte** eine Weiterführung des Versicherungsschutzes, so muss er sein Einverständnis innerhalb von 30 Tagen schriftlich bestätigen. Andernfalls endet der Versicherungsschutz und **wir** bezahlen Behandlungs- oder sonstige verbundene Kosten, die an dem Tag, an dem der Versicherungsschutz erlischt, oder später entstehen, nicht mehr.

4.4 Endet dieser **Vertrag** vor dem üblichen **vereinbarten Vertragsende**, so werden

Beiträge, die für Zeiträume nach Vertragsende gezahlt wurden, anteilig erstattet, es sei denn, während der **Versicherungsdauer** wurden Erstattungen beantragt bzw. **Zahlungsgarantien** oder vorherige Genehmigungen erteilt.

5. Wie wird der Vertrag verlängert?

5.1 **Wir** melden **uns** mindestens einen Monat vor **vereinbarten Vertragsende** und erkundigen **uns**, ob **Sie Ihren** aktuellen Versicherungsschutz verlängern wollen. Bei diesem Anlass informieren **wir Sie** auch über Änderungen an Prämien und Bedingungen, die gegebenenfalls ab der Verlängerung gelten.

5.2 Entscheiden **Sie** sich für eine Verlängerung, müssen **Sie** nichts weiter tun – **Ihr** Versicherungsschutz wird automatisch um weitere 12 Monate verlängert. Verlängerungen unterliegen den zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Definitionen, **Leistungen** und Bestimmungen der **Vertragsbedingungen**. Ist es **uns** aus den in Absatz 12.1 aufgeführten Gründen nicht möglich, **Ihren** Versicherungsschutz zu verlängern, werden **wir Sie** wie in Absatz 12.5 beschrieben informieren. Wenn **Sie Ihren** Versicherungsschutz nicht erneuern wollen, müssen **Sie uns** dies mindestens sieben Tage vor dem **vereinbarten Vertragsende Ihres Vertrags** mitteilen.

5.3 Sollten **Sie Ihren** Versicherungsschutz nicht verlängern, so können **Anspruchsberechtigte**, die bislang unter **Ihrem Vertrag** abgedeckt waren, einen eigenen Versicherungsschutz beantragen. **Wir** prüfen ihre **Antragsformulare** dann einzeln und werden ihnen Bescheid geben, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsschutz durch **uns** möglich ist.

6. Für wen gilt der Versicherungsschutz?

6.1 **Sie** können nach **unserem** Ermessen andere Personen ab Beginn mitversichern. Dazu müssen **Sie** diese in **Ihr Antragsformular** mit aufnehmen. Erklären **wir uns** damit einverstanden, sie mit zu versichern, so führen **wir** die Namen auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung** mit auf. Es können zusätzliche Beitragszahlungen anfallen und besondere Ausschlusskriterien für sie gelten.

6.2 Es ist auch möglich, einen Versicherungsschutz für andere abzuschließen, ohne selbst versichert zu sein. In diesem Fall sind **Sie** der **Versicherungsnehmer** und verantwortlich für die Zahlung der Beiträge und sämtliche anderen Verpflichtungen gemäß dem **Vertrag**, erhalten jedoch keinen eigenen Versicherungsschutz. Alle Anträge unterliegen der medizinischen Risikoprüfung und **wir** werden dem **Versicherungsnehmer** die Bedingungen

mitteilen, die für die einzelnen, auf der **Versicherungsbescheinigung** eingetragenen **Anspruchsberechtigten** gelten.

7. Kann ich während der Versicherungsdauer weitere Anspruchsberechtigte aufnehmen oder Anspruchsberechtigte streichen lassen?

7.1 Wenn kein **qualifizierendes Lebensereignis** vorliegt, können **Sie Anspruchsberechtigte** nur aufnehmen oder streichen lassen, wenn **Sie** den Versicherungsschutz am Ende einer jährlichen **Versicherungsdauer** verlängern lassen. Ist das auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung** ausgewiesene **Anfangsdatum** beispielsweise der 1. Januar, so können **Sie Anspruchsberechtigte** erst ab dem 1. Januar des Folgejahres aufnehmen oder streichen lassen.

7.2 Bei Vorliegen eines **qualifizierenden Lebensereignisses** können **Sie** Personen, die von diesem Ereignis betroffen sind, auch während der **Versicherungsdauer** als **Anspruchsberechtigte** aufnehmen oder streichen lassen. Wenn **Sie** auf dieser Grundlage die Aufnahme eines neuen **Anspruchsberechtigten** wünschen, müssen **Sie uns** ein ausgefülltes **Antragsformular** für diese Person zukommen lassen.

Wir teilen **Ihnen** dann mit, ob **wir** diese Person versichern können, ob gesonderte Bedingungen oder Ausschlusskriterien gelten und ob zusätzliche Beiträge gezahlt werden müssen. Der Versicherungsschutz für den neuen **Anspruchsberechtigten** gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem **Sie** die Annahme bestätigen.

Wir übersenden **Ihnen** sodann eine aktualisierte **Versicherungsbescheinigung** als Bestätigung, dass ein neuer **Anspruchsberechtigter** hinzugefügt wurde.

7.3 Entbinden **Sie** oder **Ihre** Lebenspartnerin ein Kind, so können **Sie** das Neugeborene als **Anspruchsberechtigten** in **Ihre** aktuelle Versicherung aufnehmen:

7.3.1 War mindestens ein Elternteil mindestens 10 zusammenhängende Monate vor Geburt des Neugeborenen unter diesem **Vertrag** abgedeckt und geht das **Antragsformular** bei **uns** innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt des Neugeborenen ein, so muss das Neugeborene nicht der medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden, **wir** benötigen keine Daten zur Gesundheit oder eine medizinische Untersuchung und der Versicherungsschutz beginnt, wenn **wir** den Eingang des **Antragsformulars** bestätigen. **Wir** übersenden **Ihnen** sodann eine aktualisierte **Versicherungsbescheinigung** als Bestätigung, dass der neue **Anspruchsberechtigte** aufgenommen wurde.

7.3.2 War mindestens ein Elternteil mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt des Neugeborenen unter dem **Vertrag** abgedeckt und geht das **Antragsformular** bei **uns** später als 30 Tage nach Geburt des Neugeborenen ein, so muss das Neugeborene einer

medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden. **Wir** teilen **Ihnen** dann mit, ob **wir** das Neugeborene versichern können und ob gesonderte Bedingungen und Ausschlusskriterien gelten. Nehmen **Sie** die angebotenen Bedingungen an, so gilt der Versicherungsschutz ab **unserer** Bestätigung, dass **wir** das **Antragsformular** erhalten haben. **Wir** übersenden **Ihnen** sodann eine aktualisierte **Versicherungsbescheinigung** als Bestätigung, dass der neue **Anspruchsberechtigte** aufgenommen wurde.

7.3.3 War keiner der Elternteile mindestens 10 zusammenhängende Monate vor Geburt des Neugeborenen unter dem **Vertrag** abgedeckt, so muss das Neugeborene der medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden. **Wir** teilen **Ihnen** dann mit, ob **wir** das Neugeborene versichern können und ob gesonderte Bedingungen und Ausschlusskriterien gelten. Nehmen **Sie** die angebotenen Bedingungen an, so gilt der Versicherungsschutz ab **unserer** Bestätigung, dass **wir** das **Antragsformular** erhalten haben. **Wir** übersenden **Ihnen** sodann eine aktualisierte **Versicherungsbescheinigung** als Bestätigung, dass der neue **Anspruchsberechtigte** aufgenommen wurde.

8. Was umfasst der Versicherungsschutz?

8.1 Durch diesen **Vertrag** sind bestimmte Kosten für ärztlich empfohlene Leistungen oder Hilfsstoffe abgedeckt, die durch **uns** als **medizinisch notwendig** für die Versorgung und **Behandlung** einer **Verletzung** oder einer **Krankheit** erachtet werden.

8.2 Die abgedeckten Kosten sind im **Kundenleitfaden** aufgeführt. Diese Kosten unterliegen Beschränkungen und Ausschlusskriterien, die in den vorliegenden **Vertragsbedingungen**, dem **Kundenleitfaden** und **Ihrer Versicherungsbescheinigung** dargelegt werden.

8.3 In Einzelfällen kann es Sonderausschlusskriterien geben. Näheres hierzu finden **Sie** in **Ihrer Versicherungsbescheinigung**.

8.4 Erstattungen unterliegen den geltenden **Selbstbeteiligungen**, **Eigenanteile** und Deckungsgrenzen, wie sie in den vorliegenden **Vertragsbedingungen**, dem **Kundenleitfaden** und **Ihrer Versicherungsbescheinigung** angegeben sind.

8.5 Unter dem vorliegenden **Vertrag** sind

Kosten im Zusammenhang mit **Behandlungen**, die vor Versicherungsbeginn oder nach Versicherungsende stattgefunden haben, nicht abgedeckt (selbst wenn die **Behandlung** durch **uns** vor Versicherungsende genehmigt wurde).

9. Versicherungsoptionen

9.1 Jeder **Anspruchsberechtigte** erhält die internationale Krankenversicherung. Die verfügbaren **Leistungen** (vorbehaltlich anwendbarer Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlusskriterien) sind im **Kundenleitfaden** unter „Ihre Leistungen im Detail“ beschrieben.

9.2 **Sie** können (gegen einen Zusatzbeitrag) den unter der internationalen Krankenversicherung gewährten Versicherungsschutz für **Anspruchsberechtigte** um die folgenden Versicherungsoptionen erweitern:

9.2.1 Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen;

9.2.2 Internationaler Versicherungsschutz für den Krankentransport;

9.2.3 Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden;

9.2.4 Internationaler augenärztlicher und zahnärztlicher Versicherungsschutz.

9.3 Details zu den zusätzlichen Versicherungsoptionen finden **Sie** im **Kundenleitfaden** unter „Ihre Leistungen im Detail“.

9.4 Es ist nicht möglich, die Versicherungsoptionen während der **Versicherungsdauer** zu ändern. Möchten **Sie** Versicherungsoptionen hinzufügen oder entfernen lassen, teilen **Sie uns** dies bitte vor dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** mit.

9.5 Möchten **Sie** Versicherungsoptionen hinzufügen, so können **wir** das Ausfüllen eines Anamnesefragebogens fordern und neue Sondereinschränkungen oder -ausschlusskriterien für die neuen Versicherungsoptionen vorschreiben.

9.6 **Sie** können aus zwei Optionen wählen, in welchen Ländern der Welt die **Anspruchsberechtigten** abgedeckt werden sollen.

9.6.1 Leben bzw. reisen keine **Anspruchsberechtigten** während der **Versicherungsdauer** in den/die **USA**, können **Sie** die Option „**Weltweit, ohne USA**“ wählen.

9.6.2 Leben bzw. reisen **Anspruchsberechtigte** während der **Versicherungsdauer** in den/die **USA**, können **Sie** die Option „**Weltweit, einschließlich USA**“ wählen.

9a. Sterbegeld

Vorbehaltlich sämtlicher Bestimmungen in diesem **Vertrag** zahlen **wir** umgehend nach Erhalt eines Nachweises über den Tod eines **Anspruchsberechtigten** ein Sterbegeld in der gemäß **Versicherungsbescheinigung** festgelegten Höhe an

den angegebenen Bezugsberechtigten für das Sterbegeld. Um Zweifel auszuschließen, kann der „Bezugsberechtigte für das Sterbegeld“ eine andere Person sein (und ist dies in der Regel auch) als der in diesem **Vertrag** angegebene **Anspruchsberechtigte**.

9a.1 Mitteilung und Anspruchsnachweis

9a.1.1 Innerhalb von neunzig Tagen nach dem Tod eines **Anspruchsberechtigten** muss der folgenden Stelle eine schriftliche Mitteilung über den Anspruch, einschließlich hinreichender Informationen zur Identifizierung des **Anspruchsberechtigten**, übermittelt werden. Wird die Mitteilung nicht innerhalb der in diesem **Vertrag** festgelegten Frist eingereicht, so verfällt der Anspruch nicht, wenn nachgewiesen werden kann, dass es vernünftigerweise nicht möglich war, die Mitteilung einzureichen, und dass die Mitteilung, so schnell wie es vernünftigerweise möglich war, eingereicht wurde.

Cigna Worldwide Life Insurance
Company
25F., Sunning
Plaza
Causeway Bay
Hongkong

9a.1.2 **Wir** stellen dem Antragsteller nach Erhalt der besagten Anspruchsmittlung die Formulare zu, die üblicherweise zum Nachweis für das Sterbegeld eingereicht werden müssen.

9a.1.3 Eine Bestätigung über den Sterbefall, auf dem der Anspruch basiert, ist spätestens neunzig Tage nach dem Sterbedatum bei der zuvor genannten Stelle vorzulegen.

9a.1.4 **Wir** haben das Recht und die Möglichkeit, eine Autopsie anzuordnen, sofern dies vom Gesetz nicht verboten ist.

9a.2 Bezahlung des Anspruchs

9a.2.1 Sterbegeld wird gemäß der Benennung des Anspruchsberechtigten des Sterbegeldes gezahlt. Der Anspruchsberechtigte kann einen Bezugsberechtigten für das Sterbegeld benennen oder dessen Benennung als Bezugsberechtigten für das Sterbegeld von Zeit zu Zeit durch einen schriftlichen Antrag, der bei **uns** durch den **Versicherungsnehmer** eingereicht wird, ändern. Eine solche Benennung oder Änderung des Bezugsberechtigten für das Sterbegeld ist erst dann gültig, wenn sie eingereicht wurde.

Wurde diese jedoch eingereicht, ist sie ab dem Datum wirksam, an dem dieser Antrag unterzeichnet wurde, unabhängig davon, ob der **Anspruchsberechtigte** zum Zeitpunkt der Einreichung des Antrags lebt oder nicht, jedoch entbinden **uns** sämtliche Zahlungen, die von **uns** vor einer solchen Antragseinreichung geleistet wurden, vollständig in der Höhe der bereits geleisteten Zahlungen.

9a.2.2 Folgendes gilt, sofern der **Versicherungsnehmer** nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt hat:

- (a) Verstirbt ein Bezugsberechtigter für das Sterbegeld vor dem **Anspruchsberechtigten**, erlischt sein Anspruch auf Sterbegeld und der Betrag, der an ihn, wenn er noch leben würde, hätte gezahlt werden müssen, muss gleichermaßen an den oder die noch lebenden Anspruchsberechtigten für das Sterbegeld gezahlt werden, sofern diese existieren und den **Bezugsberechtigten** überleben.
- (b) Wenn zum Zeitpunkt des Todes des **Anspruchsberechtigten** keine Bezugsberechtigten für das Sterbegeld mehr leben, oder kein Bezugsberechtigter für das Sterbegeld benannt worden war, werden die Beträge der Erbmasse zugerechnet.

10. Beiträge und andere Gebühren

10.1 In **Ihrer Versicherungsbescheinigung** sind die zu zahlenden Beiträge und Gebühren (beispielsweise Steuern) und die Zahlungstermine und -arten aufgeführt.

10.2 Die in **Ihrer Versicherungsbescheinigung** beschriebene Währung und Zahlungsweise sind einzuhalten.

10.3 **Sie** sind für die rechtzeitige Zahlung des auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung** aufgeführten Beitrags und anderer Gebühren verantwortlich.

10.4 Zahlen **Sie** den Beitrag und die Gebühren nicht rechtzeitig, so wird der Versicherungsschutz für alle **Anspruchsberechtigten** außer Kraft gesetzt. Während dieser Zeit vorgenommene **Behandlungen** sind nicht abgedeckt. **Wir** berücksichtigen Erstattungsanträge erst, wenn sämtliche ausstehenden Zahlungen beglichen sind.

10.5 **Wir** werden **Ihnen** vor dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** gegebenenfalls mitteilen, wenn sich für die nächste **Versicherungsdauer** Beitragssätze und/oder sonstige Gebühren ändern. Beitragssätze und/oder andere Gebühren können sich

jährlich ändern.

11. Selbstbeteiligung

- 11.1 Von dem von **uns** zu zahlenden Betrag für Behandlungskosten , für die im Rahmen der internationalen Krankenversicherung oder dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen (falls zutreffend) Erstattungsanträge gestellt werden, wird der Betrag der **Selbstbeteiligung** abgezogen, bis diese für die Versicherungsdauer erreicht ist.
- 11.2 Die **Selbstbeteiligung** gilt jeweils pro **Anspruchsberechtigtem**, pro **Versicherungsoption** und pro **Versicherungsdauer**.
- 11.3 **Sie** können selbst entscheiden, ob für die internationale Krankenversicherung oder den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen eine **Selbstbeteiligung** gelten soll. Das verringert den von **Ihnen** zu zahlenden Beitrag. Wünschen **Sie** eine **Selbstbeteiligung**, so teilen **Sie uns** dies bitte in **Ihrem Antragsformular** mit.
- 11.4 Für „Stationäre Geldleistungen“ und „Neugeborenenpflegeleistungen“ gibt es keine **Selbstbeteiligungen**.
- 11.5 Die **Selbstbeteiligung** muss von **Ihnen** direkt an das **Krankenhaus**, die **Klinik** oder den **Arzt** gezahlt werden. Den genauen Betrag teilen **wir Ihnen** mit.
- 11.6 Änderungen an der **Selbstbeteiligung** können **Sie** mit Wirkung ab dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** beantragen. Bei einer beantragten Aufhebung oder Verringerung **Ihrer Selbstbeteiligung** können **wir** das Ausfüllen eines Anamnesefragebogens fordern und neue Sondereinschränkungen oder -ausschlusskriterien vorschreiben.

12. Kündigung

- 12.1 Vorbehaltlich entgegenstehender Gesetze oder Bestimmungen können **wir** diesen **Vertrag** in den folgenden Fällen kündigen:
- 12.1.1 Ein Versicherungsbeitrag oder sonstige Gebühren (einschließlich der entsprechenden Steuern) wurden nicht vollständig innerhalb von 30 Tagen nach dem Fälligkeitsdatum gezahlt. **Wir** informieren **Sie** schriftlich darüber, wenn wir den **Vertrag** aus diesem Grund kündigen wollen.
- 12.1.2 Es ist **uns** rechtlich nicht mehr möglich, den laut diesem **Vertrag** bereitgestellten Versicherungsschutz anzubieten.

12.1.3 Es wird bekannt, dass einer der **Anspruchsberechtigten** auf einer handelsrechtlichen Sanktionsliste einer Regierung oder der Europäischen Union aufgeführt ist.

12.1.4 **Wir** stellen fest, dass **Sie** unehrliche oder unvollständige Angaben gemacht haben oder nicht genug Sorgfalt auf das ehrliche und vollständige Beantworten **unserer** Fragen aufgewandt haben. Dies kann Auswirkungen auf Erstattungen unter **Ihrem Vertrag** haben und zu einer Kündigung **unsererseits** führen.

12.1.5 **Wir** sind in **Ihrer** Region nicht mehr im Marktsegment **Ihres Vertrags** oder in einem gleichwertigen, alternativen Marktsegment vertreten.

12.2 **Sie** können diesen **Vertrag** jederzeit kündigen und den Versicherungsschutz aller **Anspruchsberechtigten** aufheben, indem **Sie uns** eine schriftliche Kündigung unter Einhaltung einer Frist von mindestens sieben Tagen zukommen lassen.

12.3 Endet dieser **Vertrag** vor dem **vereinbarten Vertragsende**, so werden Beiträge, die für Zeiträume nach Vertragsende gezahlt wurden, anteilig erstattet, es sei denn, während der **Versicherungsdauer** wurden Erstattungen beantragt bzw. **Zahlungsgarantien** oder vorherige Genehmigungen erteilt.

12.4 Wenn eine **Behandlung** genehmigt wurde, wird **Cigna** nicht für **Behandlungskosten** aufkommen, wenn der **Vertrag** ausläuft oder ein **Anspruchsberechtigter** aus dem **Vertrag** austritt, bevor die **Behandlung** stattgefunden hat.

12.5 Falls irgend möglich teilen **wir Ihnen** mindestens einen Monat vor dem **vereinbarten Vertragsende** schriftlich mit, dass der **Vertrag** nicht verlängert wird.

13. Eigenanteil

- 13.1 Wurde für die internationale Krankenversicherung ein **Eigenanteil** ausgewählt, so ziehen **wir** von dem von **uns** zu zahlenden Betrag für **Behandlungen** den Prozentsatz des **Eigenanteils** ab. Dieser Prozentsatz der Behandlungskosten wird von **uns** nicht bezahlt, jedoch nur bis zur **maximalen Zuzahlung**, die **Sie** für die jeweilige **Versicherungsdauer** gewählt haben.
- 13.2 Wurde im internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen ein **Eigenanteil** ausgewählt, so ziehen **wir** von dem von **uns** zu zahlenden Betrag für **Behandlungen** den Prozentsatz **des Eigenanteils** ab. Dieser Prozentsatz der Behandlungskosten wird von **uns** nicht bezahlt, jedoch nur bis zur **maximalen Zuzahlung**, die **Sie** für die jeweilige **Versicherungsdauer** gewählt haben.

13.3 Nur Beträge, die **Sie** hinsichtlich des **Eigenanteils** für die internationale Krankenversicherung oder den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen gezahlt haben, werden für die Berechnung der **maximalen Zuzahlung** berücksichtigt. Beträge, die **Sie** aufgrund einer **Selbstbeteiligung**, aufgrund der Überschreitung der Deckungsgrenzen, für **Behandlungen**, die von der internationalen Krankenversicherung oder vom internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen nicht abgedeckt sind, oder aufgrund von Strafzahlungen für das Nichteinholen einer vorherigen Genehmigung oder für die Verwendung von Anbietern außerhalb des Netzwerks in den **USA** zahlen, werden bei der Berechnung der **maximalen Zuzahlung** nicht berücksichtigt.

13.4 Die **maximale Zuzahlung** und der **Eigenanteil** gelten jeweils pro **Anspruchsberechtigtem** und pro **Versicherungsdauer**.

13.5 **Sie** können selbst entscheiden, ob für die internationale Krankenversicherung oder den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen ein **Eigenanteil** gelten soll. Das verringert den von **Ihnen** zu zahlenden Beitrag. Wünschen **Sie** einen **Eigenanteil**, so teilen **Sie uns** dies bitte in **Ihrem Antragsformular** mit. Dazu müssen **Sie** auch eine entsprechende **maximale Zuzahlung** bestimmen.

13.6 Entscheiden **Sie** sich sowohl für eine **Selbstbeteiligung** als auch für einen **Eigenanteil**, so wird zunächst die von **Ihnen** zu zahlende **Selbstbeteiligung** und anschließend der von **Ihnen** zu zahlende **Eigenanteil** berechnet. Weitere Informationen zur **Selbstbeteiligung** finden **Sie** in Abschnitt 11.

13.7 **Der Eigenanteil** muss von **Ihnen** direkt an das **Krankenhaus**, die **Klinik** oder den **Arzt** gezahlt werden. Den genauen Betrag teilen **wir Ihnen** mit.

13.8 Änderungen **am Eigenanteil** und der **maximalen Zuzahlung** können **Sie** mit Wirkung ab dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** beantragen. Bei einer beantragten Aufhebung oder Verringerung **Ihres Eigenanteils** oder einer Verringerung **Ihrer maximalen Zuzahlung** können **wir** das Ausfüllen eines Anamnesefragebogens fordern und neue Sondereinschränkungen oder -ausschlusskriterien vorschreiben.

14. Angemessene Sorgfalt

Sie müssen die zur ehrlichen und vollständigen Beantwortung aller Fragen angemessene Sorgfalt aufwenden. Dies ist nötig, damit **wir** den entsprechenden Beitrag berechnen und **Ihren**

Versicherungsschutz an **Ihre** Umstände anpassen können. Falschdarstellungen aus Achtlosigkeit können dazu führen, dass **wir** die Höhe der Erstattungen anteilig verringern, und vorsätzliche oder fahrlässige Falschdarstellungen können sogar dazu führen, dass **wir** Erstattungsanträge ablehnen und/oder **Ihren Vertrag** kündigen.

15. Betrug

Personen, die wissentlich und mit betrügerischer Absicht: (1) bei einer Versicherung oder einer anderen Person Versicherungsanträge oder Erstattungsanträge mit wesentlichen Falschinformationen einreichen; oder (2) einer Versicherung oder einer anderen Person mit Täuschungsabsicht benötigte Informationen vorenthalten, machen sich des Versicherungsbetrugs schuldig.

16. Im Ausland lebende Personen und Staatsbürger

16.1 Dieser **Vertrag** versichert **Behandlungen** in Ländern, deren **Staatsbürgerschaft** der behandelte **Anspruchsberechtigte** besitzt, nur, wenn der **Anspruchsberechtigte** sich auf einer Reise in das Land befindet, die Dauer sämtlicher solcher Reisen in das Land während der **Versicherungsdauer** insgesamt nicht mehr als 90 Tage beträgt und das Land im **ausgewählten Versicherungsgebiet** enthalten ist.

16.2 Wenn **Anspruchsberechtigte** nicht (mehr) **im Ausland leben** (durch Wechsel der **Staatsbürgerschaft** oder des **Aufenthaltslandes**), so können **Sie**:

16.2.1 den **Vertrag** weiterführen. Der Versicherungsschutz für **Anspruchsberechtigte**, die weiterhin **im Ausland leben**, bzw. für **Anspruchsberechtigte**, die **Behandlungen** in einem anderen Land als dem ihrer **Staatsbürgerschaft** vornehmen lassen, bleibt unverändert bestehen;

16.2.2 den **Vertrag** schriftlich kündigen, was die Beendigung des Versicherungsschutzes für alle **Anspruchsberechtigten** nach sich zieht. Beiträge, die für Zeiträume nach der Kündigung gezahlt wurden, werden *anteilig* erstattet, es sei denn, während der **Versicherungsdauer** wurden Erstattungen beantragt bzw. **Zahlungsgarantien** oder vorherige Genehmigungen erteilt.

16.3 Es kann vorkommen, dass **wir** den Versicherungsschutz aufgrund des Wechsels des **Aufenthaltslandes** kündigen müssen, weil **wir** sonst gegen Bestimmungen verstoßen, die die Gesundheitsversorgung von im Lande ansässigen Staatsangehörigen oder Anwohnern regeln. Diese Bestimmungen sind abhängig vom jeweiligen Land und Änderungen unterworfen.

16.4 **Wir** behalten **uns** das Recht vor, angesichts der Gesetze und

Bestimmungen im neuen **Aufenthaltsland** weitere Informationen von **Ihnen** zu fordern, den Versicherungsschutz zu ändern oder zu beenden und den Beitrag anzupassen, wenn **Anspruchsberechtigte** ihr **Aufenthaltsland** ändern. Wird der Beitrag erhöht, so haben **Sie** die Möglichkeit, den **Vertrag** zu kündigen. Bei einer Kündigung vor dem **vereinbarten Vertragsende** werden Beiträge, die für Zeiträume nach Vertragsende gezahlt wurden, *anteilig* erstattet, es sei denn, während der Versicherungsdauer wurden Erstattungen beantragt bzw. **Zahlungsgarantien** oder vorherige Genehmigungen erteilt.

17. Änderungen der Adresse oder Staatsbürgerschaft

17.1 Mitteilungen und Hinweise zu diesem **Vertrag** werden **wir** an die **uns** von **Ihnen** mitgeteilte Adresse senden. Ändert sich **Ihre** Adresse, **Ihr Aufenthaltsland** oder **Ihre Staatsbürgerschaft** oder sind diesbezüglich Änderungen bei einem **Anspruchsberechtigten** aufgetreten, so müssen **Sie uns** dies mitteilen. **Wir** übersenden **Ihnen** sodann eine aktualisierte **Versicherungsbescheinigung**.

17.2 Änderungen am **Aufenthaltsland** oder der **Staatsbürgerschaft** eines **Anspruchsberechtigten** müssen **Sie uns** unbedingt sofort mitteilen.

18. Ihre Kontaktadresse

Wenn **wir** mit **Ihnen** im Zusammenhang mit diesem **Vertrag** in Kontakt treten müssen oder wenn **wir Ihnen** schriftlich mitteilen müssen, dass **wir** diesen **Vertrag** ändern oder kündigen, werden **wir Ihnen** an die Adresse schreiben, welche **Sie uns** gegeben haben.

19. Unsere Kontaktadresse

19.1 Unter gewissen Umständen, wie sie hier in diesen Bedingungen dargelegt sind, kann es nötig sein, dass **Sie uns** schriftlich kontaktieren. In diesem Fall nutzen **Sie** bitte die folgende Anschrift:

Head of Customer Service
Cigna Global Health Options
Cigna Worldwide Life Insurance Company
25F., Sunning Plaza
10 Hysan Avenue
Causeway Bay
Hongkong

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

19.2 Für alle anderen Fälle können **Sie uns** unter
cignaglobal_customer.care@cigna.co
m erreichen. **Sie** können **uns**

innerhalb von Hongkong auch kostenlos telefonisch erreichen unter Nutzung des lokalen AT&T-Zugangscodes 1 800 96 1111 gefolgt von **unserer** internationalen gebührenfreien Telefonnummer 1 800 835 7677. Bei einem Anruf von außerhalb Hongkongs können **Sie uns** kostenlos über den AT&T-Zugangscodes des Landes erreichen, in dem **Sie** sich befinden*, gefolgt von **unserer** internationalen gebührenfreien Telefonnummer 1 800 835 7677. Alternativ können **Sie uns** unter +44 (0) 1475 788 182 erreichen oder über **unseren** Kundendienst rund um die Uhr telefonisch unter +44 (0) 1475 788182 bzw. gebührenfrei unter Nutzung des AT&T-Zugangscodes in **Ihrem Land*** gefolgt von 1 800 835 7677.

20. Vertragsanpassungen

20.1 Nur bestimmte Personen (Executive Officers) bei **Cigna** sind berechtigt, diesen **Vertrag** in **unserem** Namen anzupassen oder Bedingungen zu streichen. So sind beispielsweise Handelsvertreter, Makler und andere Mittler nicht befugt, die Bedingungen dieses **Vertrags** abzuändern oder zu erweitern.

20.2 **Wir** behalten **uns** das Recht vor, diesen **Vertrag** abzuändern, wenn dies zur Erfüllung von geänderten Gesetzen und Bestimmungen nötig ist. In diesem Fall werden **wir Ihnen** dies schriftlich mitteilen.

20.3 **Wir** behalten **uns** außerdem das Recht vor, die Versicherungsbedingungen bei einer Verlängerung des **Vertrags** abzuändern. In diesem Fall werden **wir Ihnen** mindestens 28 Tage im Voraus Bescheid geben. Die Änderungen gelten dann ab dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt**.

20.4 Gelten Sonderausschlusskriterien für **Anspruchsberechtigte**, so können diese unter bestimmten Umständen zum **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** überprüft und eventuell gestrichen werden. In diesem Fall weisen **wir** das Datum zur Überprüfung der Ausschlusskriterien auf der **Versicherungsbescheinigung** aus.

Nach Erhalt der Verlängerungsmitteilung sollten **Sie uns** bis mindestens 14 Tage vor dem **jährlichen Verlängerungszeitpunkt** kontaktieren, wenn die Überprüfung eines Ausschlusskriteriums fällig ist.

Wir teilen **Ihnen** dann mit, ob und welche Änderungen **wir** an den Sonderausschlusskriterien vorgenommen haben und erstellen gegebenenfalls eine neue **Versicherungsbescheinigung**. Geänderte Sonderausschlusskriterien gelten ab dem entsprechenden **jährlichen Verlängerungszeitpunkt**.

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

21. Wer kann Rechte in Bezug auf diesen Vertrag einklagen?

Nur **Sie** und **wir** haben im Zusammenhang mit dieser **Versicherung** gesetzliche Rechte. Demnach können nur **Sie** und **wir** Rechte in Bezug auf diese Vereinbarung einklagen. Alle unter diesem **Vertrag** abgedeckten Personen können jedoch **unseren** Beschwerdeprozess nutzen.

22. Unser Recht auf Anspruchsabtretung

Benötigt ein **Anspruchsberechtigter** aufgrund eines Unfalls oder einer vorsätzlichen Handlung eine **Behandlung**, so haben **wir** (bzw. von **uns** benannte Personen oder Unternehmen) ein „volles Recht auf **Anspruchsabtretung**“. Das bedeutet, dass **wir** das Recht des **Anspruchsberechtigten** auf Erstattung der Kosten für eine von **uns** bezahlte **Behandlung** durch den Verursacher (oder dessen Versicherungsunternehmen) übernehmen können. Auf Anfrage von **uns** müssen **Anspruchsberechtigte** alle Schritte unternehmen, um die von **uns** unter diesem **Vertrag** erbrachte **Leistung** in die Klage gegen den Verursacher (oder dessen Versicherungsunternehmen) mit einzubeziehen.

Der **Anspruchsberechtigte** muss alle Dokumente und Unterlagen sowie alles für die Sicherung dieser Rechte oder die Übertragung der Rechte an **uns** Benötigte unterschreiben und an **uns** übergeben. Handlungen, die diese Rechte gefährden oder beeinträchtigen könnten, sind zu unterlassen. **Wir** können im Namen der **Anspruchsberechtigten** und zu **unseren** Gunsten jegliche Klagen einreichen, abwehren, beilegen oder verfolgen. **Uns** obliegt die Entscheidung, wie in Prozessen und bei Vergleichsverhandlungen verfahren wird.

23. Weitere Versicherungen

Sind **Anspruchsberechtigte** auch durch weitere Versicherungsunternehmen versichert, verhandeln **wir** mit diesen den Anteil, den jedes Versicherungsunternehmen am jeweiligen Erstattungsantrag übernimmt.

24. Datenschutz

24.1 Zur Verwaltung dieses **Vertrags** und Bereitstellung der Versicherung benötigt **Cigna** persönliche und sensible Daten von **Ihnen**, einschließlich personenbezogener Daten wie beispielsweise Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern und detaillierte Informationen über **Ihre** Gesundheit. Sie stimmen hiermit zu, dass **Cigna** alle begründetermaßen zu diesen Zwecken benötigten persönlichen und sensiblen Daten von **Ihnen** sammeln

und verarbeiten kann.

24.2 Telefongespräche mit **Cigna** können zur Qualitätssicherung aufgezeichnet werden. Laut Personal Data (Privacy) Ordinance (PDPO, Cap 486) der Gesetze von Hongkong und anwendbaren nationalen Gesetzen handeln **wir** bezüglich der persönlichen und sensiblen Informationen in **unserem** Besitz als für die Verarbeitung der Daten verantwortliche Stelle..

Wir verarbeiten diese Daten im Zuge der Erfüllung **unserer** Pflichten und müssen sie gegebenenfalls zur Gewährung der Versicherung oder sonstiger Dienstleistungen unter diesem **Vertrag** an berechtigte Dritte weitergeben, was bedeuten kann, dass **wir** Daten an Orte außerhalb von Hongkong übertragen. Als berechtigte Dritten gelten insbesondere, aber nicht abschließend, **Krankenhäuser, Doktoren**, Krankentransportdienste und Verrechnungsstellen. Zusätzlich zu den Verpflichtungen unter der PDPO wird die Vertraulichkeit und Sicherheit dieser Verarbeitung in Verträgen geregelt. **Sie** können unter Angabe **Ihrer** Mitgliedsnummer eine Kopie der Informationen anfordern, die **wir** über **Sie** besitzen. Für die Bereitstellung dieser Informationen können **wir** eine angemessene Gebühr verlangen.

24.3 Zur Aufdeckung und Verhinderung von Betrugsfällen kann es notwendig sein, dass **wir** Daten an andere Versicherungsunternehmen oder Organisationen weiterleiten. In diesen Fällen leiten **wir** lediglich Informationen in Bezug auf Betrugsfälle oder versuchten Betrug weiter und keinerlei Informationen über die Krankengeschichte eines **Anspruchsberechtigten**.

25. Sprache

Sie haben sich in Bezug auf die Ausstellung aller **Vertragsdokumente** und Mitteilungen hinsichtlich dieses **Vertrages** für die deutsche Sprache entschieden. Sämtliche Dokumente und Mitteilungen werden demnach ausschließlich auf Deutsch ausgestellt.

26. Behördliche Aufsicht

26.1 **Cigna** unterliegt hinsichtlich der Durchführung von Versicherungsgeschäften in Hongkong der Aufsicht des Office of the Commissioner of Insurance.

26.2 **Cigna** ist an verschiedenen nationalen Sicherungsfonds beteiligt. Können **wir** **unsere** Verpflichtungen nicht einhalten, so werden **Sie** eventuell aus diesen Sicherungsfonds für einen Teil oder den gesamten erlittenen Verlust entschädigt.

Weitere Informationen erhalten **Sie** vom Sicherungsfonds **Ihres Aufenthaltslandes**. Details hierzu erhalten **Sie** auf Anfrage von **uns**.

27. Beschwerden

27.1 Beschwerden senden **Sie** bitte zunächst unter der folgenden Adresse an **uns**:

Head of Customer Service
Cigna Global Health Options
Cigna Worldwide Life Insurance Company
25F., Sunning Plaza
10 Hysan Avenue
Causeway Bay
Hongkong

27.2 Wird der Beschwerde nicht abgeholfen und steht diese im Zusammenhang mit den Aktivitäten eines Versicherungsmaklers oder mit Erstattungsanträgen, kann die Beschwerde an das Insurance Agents Registration Board (IARB) beziehungsweise das Insurance Claims Complaints Bureau (ICCB) verwiesen werden. Die Adressen des IARB und des ICCB lauten wie folgt:

Insurance Agents Registration Board
The Hong Kong Federation of Insurers
29th Floor, Sunshine Plaza
353 Lockhart Road
Wanchai
Hongkong
Fax: 25201967

The Insurance Claims Complaints Bureau
The Hong Kong Federation of Insurers
29th Floor, Sunshine Plaza
353 Lockhart Road
Wanchai
Hongkong
Fax: 25201967

28. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

28.1 Dieser **Vertrag** unterliegt dem Recht von Hongkong und wird in Übereinstimmung mit diesem ausgelegt.

28.2 Streitigkeiten in Bezug auf diesen **Vertrag**, beispielsweise bezüglich dessen Gültigkeit, Gestaltung und Kündigung, werden in Gerichten in Hongkong entschieden.

Allgemeine Ausschlusskriterien

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, jedoch nicht abschließend, Devisenkontrollen, lokale Lizenzierungsbestimmungen, Sanktionen oder Handelsembargos.
- 1.2 **Wir** haften nicht für Verluste, Schäden, Erkrankungen und/oder **Verletzungen**, welche das Ergebnis einer medizinischen **Behandlung** in einem **Krankenhaus** oder durch einen **Arzt** sind, selbst wenn die **Behandlung** durch **uns** im Rahmen des Versicherungsschutzes genehmigt wurde.
- 1.3 Besitzt ein **Anspruchsberechtigter** keinen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, für den Krankentransport, für Gesundheit und Wohlbefinden oder für zahn- und augenärztliche Behandlungen, zahlen **wir** für keine **Behandlungen** oder sonstige **Leistungen**, welche durch diese Versicherungsoptionen abgedeckt werden könnten.
- 1.4 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.

1.5 Für folgendes zahlen **wir** nicht:

- 1.5.1 Lebenserhaltende Maßnahmen (beispielsweise mechanische Beatmung), es sei denn, durch eine solche **Behandlung** besteht die begründete Aussicht auf eine Genesung des **Anspruchsberechtigten** oder auf eine Wiederherstellung seines ursprünglichen Gesundheitszustandes.

1.5.2 **Behandlung** von:

- (a) **bereits vor Vertragsbeginn bestehenden Erkrankungen** oder
- (b) Leiden oder Symptomen, welche aufgrund einer **bereits vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankung** entstanden sind oder mit dieser im Zusammenhang stehen.

Wir zahlen nicht für die **Behandlung** von **bereits vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen**, von denen der **Versicherungsnehmer** zu Beginn des Versicherungsschutzes wusste (oder vernünftigerweise hätte wissen müssen) und die **wir** nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz aufgenommen haben.

- 1.5.3 **Behandlung** von Erkrankungen, die einem gesonderten Ausschlusskriterium unterliegen. Gesonderte Ausschlusskriterien sind in **Ihrer Versicherungsbescheinigung** aufgeführt.
- 1.5.4 Medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen oder -aufenthalte, etwa in folgenden Fällen:
 - Eine **Behandlung** könnte **teilstationär** oder **ambulant** vorgenommen werden.

- Genesungszeiten.
- Einweisungen oder Krankenhausaufenthalte aus sozialem oder familiären Gründen, z. B. Waschen, Ankleiden und Körperpflege.

1.5.5 Kosten für einen Krankenhausaufenthalt in einem luxuriösen Krankenhauszimmer oder einer VIP-Suite.

1.5.6 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) der Kauf eines Spenderorgans von einer beliebigen Quelle oder
- (c) die Entnahme oder Lagerung von Stammzellen als präventive Maßnahme gegen mögliche Erkrankungen in der Zukunft.

1.5.7 **Chirurgische Eingriffe** an Föten, d. h. **Behandlungen** oder **chirurgische Eingriffe**, die vor der Geburt im Mutterleib vorgenommen werden, es sei denn, diese sind bedingt durch Schwangerschaftskomplikationen und bewegen sich im Rahmen der Beschränkungen, die in **Ihrem Vertrag** in dem Abschnitt „Schwangerschaftskomplikationen“ aufgeführt sind, sofern Versicherungsschutz besteht.

1.5.8 Fußbehandlungen durch Fußpfleger oder Podologen.

1.5.9 Schlafstörungen, es sei denn, es gibt Anzeichen, dass der **Anspruchsberechtigte** an einer schweren Schlafapnoe leidet. Unter diesen Umständen übernehmen **wir** lediglich die Kosten für:

- eine Schlafuntersuchung,
- **Chirurgische Eingriffe**, wenn diese aus medizinischer Sicht angemessen sind, und
- die Anmietung von Geräten wie einer Überdruckmaske (CPAP - Continuous Positive Airway Pressure), wenn das Problem durch andere Behandlungsmethoden nicht behoben werden konnte (dafür muss der **Anspruchsberechtigte** über einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen verfügen).

1.5.10 **Behandlungen** durch:

- (a) einen **Arzt**, der von den zuständigen Behörden des Landes, in dem die **Behandlung** vorgenommen wird, nicht als Spezialist oder Experte für die **Behandlung** der betreffenden Erkrankung, Krankheit oder **Verletzung** anerkannt ist;
- (b) **Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kliniken** oder sonstige Einrichtungen, denen **wir** schriftlich mitgeteilt haben, dass sie von **uns** nicht länger als Dienstleister für diese **Behandlung** anerkannt sind. **Unsere** allgemeine Hotline erteilt Auskünfte zu Personen, Einrichtungen und Organisationen, denen **wir** eine solche Mitteilung haben zukommen lassen.
- (c) **Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kliniken** oder sonstige Einrichtungen, die **wir** aus vertretbaren Gründen entweder als nicht ausreichend qualifiziert, als nicht befugt oder als nicht kompetent erachten, die betreffende **Behandlung** durchzuführen.

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

- 1.5.12 **Behandlungen** mit dem Ziel der oder im Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung.
- 1.5.13 **Behandlungen**, die durch einen Konflikt oder eine Katastrophe bedingt sind, insbesondere, jedoch nicht abschließend, durch:
- eine nukleare oder chemische Kontamination,
 - einen Krieg, eine Invasion, Terrorakte, einen Aufstand (unabhängig davon, ob eine Kriegserklärung erfolgt ist), einen Bürgerkrieg, einen Aufruhr, einen Militärputsch oder eine sonstige Machtergreifung, Kriegsrecht, Unruhen oder eine Handlung einer unrechtmäßig errichteten Herrschaft,
 - Ausbrüche von Krankheiten, die als Epidemie eingestuft werden und unter die Kontrolle der lokalen Gesundheitsbehörden gestellt werden, und
 - jeder sonstige Konflikt oder Katastrophe, wenn der **Anspruchsberechtigte**:
 - sich selbst in Gefahr begeben hat, indem er in eine bekanntermaßen von einem Konflikt betroffene Gegend eingereist ist (die von der Regierung des **Landes Ihrer Staatsbürgerschaft** als solche bestimmt wurde, z. B. durch das britische Außenministerium);
 - aktiv an dem Konflikt teilgenommen hat oder
 - die eigene Sicherheit völlig außer Acht gelassen hat.
- 1.5.14 **Behandlungen**, die aufgrund eines Selbstmordversuches nötig sind oder damit in Zusammenhang stehen, oder **Behandlungen** einer **Verletzung** oder Erkrankungen, welche sich der **Anspruchsberechtigte** selbst zugefügt hat.
- 1.5.15 **Behandlungen** im Rahmen oder im Zusammenhang mit einer Sprachtherapie, die nicht der Heilung dient, oder wenn eine solche Therapie:
- die Verbesserung von Sprachfähigkeiten, die nicht vollständig entwickelt sind, zum Ziel hat,
 - als Pflege- oder Erziehungsmaßnahme betrachtet werden kann oder
 - dem Zweck dient, die Sprachkommunikation aufrecht zu erhalten.
- 1.5.16 Entwicklungsstörungen insbesondere:
- Lernschwierigkeiten wie Legasthenie,
 - Verhaltensstörungen wie Autismus oder ADHS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom),
 - Störungen in der physischen Entwicklung, etwa Kleinwuchs.
- 1.5.17 Kiefergelenkerkrankungen.
- 1.5.18 **Behandlungen** von Fettleibigkeit oder die aufgrund von Fettleibigkeit notwendig sind. Darunter fallen insbesondere, jedoch nicht abschließend, Abnehmkurse, -hilfen oder -medikamente.
- Wir** übernehmen die Kosten für eine Magenverkleinerung oder einen Magen-Bypass nur, wenn der **Anspruchsberechtigte**:
- einen Body-Mass-Index (BMI) von 40 oder höher hat und bei ihm eine krankhafte Fettsucht festgestellt wurde,
 - nachweislich in den vergangenen 24 Monaten bereits andere Methoden zur Gewichtsreduktion versucht hat und
 - eine psychologische Untersuchung durchlaufen hat, welche bestätigt, dass der **chirurgische Eingriff** in seinem Fall angemessen ist.
- 1.5.19 **Behandlungen** in einer **Klinik** für Naturheilkunde, in Kureinrichtungen, Pflegeheimen oder sonstigen Einrichtungen, bei denen es sich nicht um **Krankenhäuser** oder anerkannte Dienstleister für medizinische **Behandlungen** handelt.
- 1.5.20 Gebühren für Krankenhausaufenthalte, die ganz oder teilweise aus häuslichen Gründen arrangiert wurden, bei denen keine **Behandlung** notwendig ist oder bei denen das **Krankenhaus** effektiv zum Wohnort oder dem Ort des dauerhaften Aufenthaltes geworden ist.
- 1.5.21 **Behandlung** einer mit einer Abhängigkeitsstörung im Zusammenhang stehenden Erkrankung.
- 1.5.22 **Behandlung** einer durch den Konsum oder Missbrauch von Substanzen oder Alkohol entstandenen Erkrankung.
- 1.5.23 **Behandlungen**, die wegen oder im Zusammenhang mit einer Empfängnisverhütung für Männer oder Frauen notwendig sind, insbesondere, jedoch nicht abschließend:
- eine chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
 - Vasektomie, Sterilisation oder Implantate
 - eine nicht-chirurgische Empfängnisverhütung, und zwar:
 - die Pille oder Kondome
 - Familienplanung, und zwar:
 - Besuche bei einem **Doktor**, um die Möglichkeiten einer Schwangerschaft oder der Verhütung zu besprechen.
- 1.5.24 **Behandlungen** im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit (abgesehen von Behandlungen bis zu dem Punkt der Diagnose), Fruchtbarkeitsbehandlungen jedweder Art oder eine **Behandlung** bei Komplikationen, die aufgrund einer solchen **Behandlung** entstanden sind. Dazu gehören insbesondere, jedoch nicht abschließend:
- In-Vitro-Befruchtung (IVF),
 - Intratubarer Gametentransfer (GIFT),
 - Intratubarer Zygotentransfer (ZIFT),
 - Künstliche Befruchtung (AI),
 - Eine verschriebene medikamentöse **Behandlung**,
 - Embryonenübertragung (von einem physischen Ort an einen anderen) oder
 - Eizellen- und / oder Samenspende und die damit im Zusammenhang stehenden Kosten.

Unter folgenden Voraussetzungen zahlen **wir** Untersuchungen der Ursache von Unfruchtbarkeit:

- (a) Der **Spezialist** möchte eine medizinische Ursache ausschließen.
- (b) Der **Anspruchsberechtigte** war vor Beginn der Untersuchungen seit zwei zusammenhängenden Jahren über diesen **Vertrag** versichert.
- (c) Der **Anspruchsberechtigte** hatte bei Abschluss des **Vertrages** keinerlei Kenntnisse über das Fruchtbarkeitsproblem und litt unter keinerlei Symptomen.

- 1.5.25 **Behandlungen** zum absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, die Schwangerschaft gefährdet das Leben oder die mentale Stabilität eines **Anspruchsberechtigten**.
- 1.5.26 **Behandlungen** in direktem Zusammenhang mit einer Leihmutterchaft. **Wir** zahlen keine **Mutterschaftsleistungen** an:
- (a) **Anspruchsberechtigte**, die als Leihmutter fungieren, oder
 - (b) eine andere Person, die als Leihmutter für einen **Anspruchsberechtigten** fungiert.
- 1.5.27 „Pflegeleistungen für Neugeborene“ bei Kindern, die aufgrund einer Fruchtbarkeitsbehandlung geboren wurden, wie z. B. IVF, oder bei Kindern, die adoptiert oder von einer Leihmutter ausgetragen wurden. Für diese Kinder beginnt der Versicherungsschutz erst 90 Tage nach der Geburt und sie werden einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.
- 1.5.28 Kinderbetreuung von Neugeborenen im **Krankenhaus**, es sei denn, die Mutter muss für eine **medizinisch notwendige Behandlung** im **Krankenhaus** verbleiben, welche durch diesen **Vertrag** abgedeckt ist.
- 1.5.29 Die **Behandlung** eines **Anspruchsberechtigten** über einen Zeitraum von mehr als 90 zusammenhängenden Tagen, wenn dieser an einer dauerhaften neurologischen Schädigung leidet und / oder sich im **Wachkoma (PVS)** befindet.
- 1.5.30 **Behandlungen** von Persönlichkeits- und / oder Charakterstörungen, insbesondere, jedoch nicht abschließend, von:

Wir übernehmen unter folgenden Voraussetzungen die Kosten für präventive **chirurgische Eingriffe**:

- (a) Der **Anspruchsberechtigte** hat eine signifikante familiäre Vorbelastung für eine Erkrankung, die Teil eines vererbbaaren Krebsyndroms ist (z. B. Eierstockkrebs).
- (b) Das vererbbaare Krebsyndrom wurde bei dem **Anspruchsberechtigten** durch einen genetischen Test nachgewiesen. (Bitte beachten Sie, dass **wir** die Kosten für den genetischen Test nicht übernehmen).

Im Rahmen der internationalen Krankenversicherung gelten die Beschränkungen für präventive **chirurgische Eingriffe** auch in Hinblick auf angeborene und vererbbaare Erkrankungen mit Ausnahme von Krebserkrankungen.

- 1.5.32 **Behandlungen** von funktionellen Sexualstörungen (z. B. Impotenz) oder sonstigen sexuellen Problemen, unabhängig von der Ursache.
- 1.5.33 **Behandlungen** in den **USA**, es sei denn, der **Anspruchsberechtigte** hat in seinem **Vertrag** die Option „**Weltweit, einschließlich USA**“ gewählt.
- 1.5.34 **Behandlungen** in den **USA**, wenn **wir** wissen oder begründeterweise vermuten, dass:
- (a) der Versicherungsschutz erworben wurde und
 - (b) der **Anspruchsberechtigte** in die **USA** gereist ist,
- um eine **bereits bestehende Erkrankung** behandeln zu lassen (unabhängig davon, ob diese **Behandlung** der hauptsächliche / einzige Grund für die Reise war).
- 1.5.35 **Behandlungen** von Refraktionsfehlern eines Auges oder beider Augen, insbesondere, jedoch nicht abschließend, Laserbehandlungen, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie.
- Wir** übernehmen die Kosten für **Behandlungen**, die die Korrektur oder Wiederherstellung des Sehvermögens zum Ziel haben, wenn sie aufgrund einer Krankheit, einer Erkrankung oder einer **Verletzung** notwendig sind (z. B. bei Katarakten oder einer abgelösten Netzhaut).
- 1.5.36 Sämtliche **Behandlungen** außerhalb **Ihres ausgewählten Versicherungsgebietes**.
- 1.5.37 Reisekosten im Zusammenhang mit **Behandlungen**, einschließlich sämtlicher Fahrtkosten, z. B. für Taxen oder Busse, sofern nichts anderes vereinbart wurde, und Ausgaben etwa für Benzin oder Parkgebühren.
- 1.5.38 Sämtliche Kosten für internationale Notdienste, welche, durch den **medizinischen Assistenzdienst** zuvor nicht genehmigt wurden, sofern ein solcher verfügbar ist.
- 1.5.39 Kosten für **internationale Dienste** im Rahmen von Notfallevakuierungen, für den Rücktransport in das Heimatland aus medizinischen Gründen und für den Transport von Dritten in Fällen, in denen die benötigte **Behandlung** durch diesen **Vertrag** nicht versichert ist.
- 1.5.40 Sämtliche Kosten für eine Evakuierung von einem Schiff.
- 1.5.41 **Operationen** zur Geschlechtsumwandlung oder **Behandlungen**, die notwendig sind, um sich auf solche **Operationen** vorzubereiten oder sich davon zu erholen (z. B. psychologische Beratung), einschließlich Komplikationen, die durch solche **Behandlungen** entstehen.
- 1.5.42 **Behandlungen**, die aufgrund von oder im Zusammenhang mit einer **Verletzung** oder **Krankheit** notwendig sind, welche der **Anspruchsberechtigte** aufgrund einer der folgenden Tätigkeiten erlitten hat:
- (a) Teilnahme an einer Sportveranstaltung auf professioneller Basis
 - (b) Solosporttauchen

- (c) Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als 30 Metern, sofern der **Anspruchsberechtigte** nicht angemessen qualifiziert ist, um in einer solchen Tiefe zu tauchen (PADI-Qualifikation oder vergleichbar).
- 1.5.43 **Behandlungen**, die (**unserer** begründeten Ansicht nach) experimenteller Natur sind, die nicht **konventionell** sind oder deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Dazu gehören insbesondere, jedoch nicht abschließend:
- (a) **Behandlungen** im Rahmen von klinischen Studien,
- (b) **Behandlungen**, die in dem Land, in dem sie durchgeführt werden, nicht durch die lokale Gesundheitsbehörde genehmigt sind oder
- (c) Medikamente oder Arzneimittel, die für einen Zweck verschrieben werden, für den sie in dem Land, in dem sie verschrieben werden, nicht lizenziert oder genehmigt sind.
- 1.5.44 Jedwede Form plastischer, **kosmetischer** oder rekonstruktiver **Behandlungen**, mit denen das Erscheinungsbild verändert oder verschönert werden soll, selbst wenn dies aus psychologischen Gründen geschieht, es sei denn, dass die **Behandlung medizinisch notwendig** und direkt durch eine Erkrankung oder eine **Verletzung** bedingt ist, die der **Anspruchsberechtigte** erlitten hat oder die das Ergebnis eines **chirurgischen Eingriffs** ist. Dazu gehören insbesondere, jedoch nicht abschließend:
- (a) Facelifting (Rhytidektomie),
- (b) Nasenkorrektur (Rhinoplastie),
- (c) Fettabsaugung und sonstige Verfahren zum Entfernen von Fettgewebe,
- (d) Haartransplantationen und
- (e) **Chirurgische Eingriffe** zur Formveränderung, Vergrößerung oder Verkleinerung der Brüste (mit Ausnahme von Brustrekonstruktionen nach Krebserkrankungen).
- Wir** zahlen nur für eine plastische, **kosmetische** oder rekonstruktive **Behandlung**, wenn die Erkrankung, die **Verletzung** oder der **chirurgische Eingriff**, durch den die **Behandlung** notwendig wird, während der aktuell bestehenden **Versicherungsdauer** des **Anspruchsberechtigten** stattfand und selbst durch den **Vertrag** abgedeckt ist.
- 1.5.45 Hilfsmittel, insbesondere, jedoch nicht abschließend, Hörgeräte und Brillen (es sei denn, der internationale augen- und zahnärztliche Versicherungsschutz besteht), die nicht unter **unsere** Definition von **chirurgischen Hilfsmitteln und / oder medizinischen Hilfsmitteln** fallen.
- 1.5.46 Indirekte Kosten, etwa für Zeitungen, Taxifahrten, Telefonate, Mahlzeiten oder Hotelübernachtungen.
- 1.5.47 Kosten oder Gebühren für die Einreichung eines Kostenrückerstattungsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.
- 1.5.48 Kosten, die von einem anderen Versicherungsunternehmen, einer Person, einem Unternehmen oder einem öffentlichen Programm gezahlt wurden oder gezahlt werden können. Besteht für einen **Anspruchsberechtigten** Versicherungsschutz bei einer anderen Versicherung, behalten **wir** uns vor, nur einen Teil der Kosten für die **Behandlung** zu übernehmen. Ist eine andere Person, ein Unternehmen oder ein öffentliches Programm verantwortlich für die Zahlung der Behandlungskosten, können **wir** sämtliche Kosten, die **wir** übernommen haben, zurückverlangen.
- 1.5.49 **Behandlungen**, die in irgendeiner Weise durch eine rechtswidrige Tat des **Anspruchsberechtigten** verursacht wurden oder deswegen notwendig sind.
- 1.6 Für **Zahnbehandlungen** gelten die folgenden Ausschlusskriterien, zusätzlich zu denen, die an anderer Stelle in diesem **Vertrag** und in **Ihrer Versicherungsbescheinigung** enthalten sind.
- Für folgendes zahlen **wir** nicht:
- 1.6.1 Rein **kosmetische Behandlungen** oder sonstige **Behandlungen**, die nicht der Aufrechterhaltung oder Verbesserung der **Mundgesundheit** dienen.
- 1.6.2 **Behandlungen**, deren Notwendigkeit sich durch die Teilnahme des **Anspruchsberechtigten** an illegalen Aktivitäten ergibt.
- 1.6.3 Kosten oder Gebühren für die Einreichung eines Kostenrückerstattungsformulars oder andere Verwaltungstätigkeiten.
- 1.6.4 Gebühren oder Kosten, die von einem anderen Versicherungsunternehmen, einer Person, einem Unternehmen oder einer öffentlichen Einrichtung entweder gezahlt wurden oder gezahlt werden können. Besteht für den **Anspruchsberechtigten** auch bei einer anderen Versicherung Versicherungsschutz, übernehmen **wir** gegebenenfalls nur einen Teil der Behandlungskosten. Könnten Behandlungskosten ganz oder teilweise auch von einer anderen Person, einem Unternehmen oder einer öffentlichen Einrichtung bezahlt werden, können **wir** den Betrag, den **wir** gezahlt haben, gegebenenfalls ganz oder teilweise von diesen zurückverlangen.
- 1.6.5 Ersatz eines dentalen Hilfsmittels, welches verloren oder gestohlen wurde, oder verbundene **Behandlungen**.
- 1.6.6 Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines künstlichen Gebisses, das (nach Ermessen eines **Zahnarztes** mit durchschnittlichen Kompetenzen und Fähigkeiten im **Aufenthaltsland des Anspruchsberechtigten**) repariert und wieder nutzbar gemacht werden kann.
- 1.6.7 Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines künstlichen Gebisses in den ersten fünf Jahren nach der ursprünglichen Anpassung, mit folgenden Ausnahmen:
- (a) Die Brücke, die Krone oder das Gebiss wurde, während ein Versicherungsschutz unter diesem **Vertrag** bestand, während des Gebrauchs durch eine vom **Anspruchsberechtigten** erlittene **Zahnverletzung** irreparabel beschädigt.
- (b) Ein Ersatz ist notwendig, weil dem **Anspruchsberechtigten** einer oder mehrere **gesunde natürliche Zähne** entfernt werden müssen.
- (c) Ein Ersatz ist notwendig, weil im Gegenkiefer erstmalig ein künstliches Gebiss eingesetzt wird.

- 1.6.8 Abdeckungen aus Acryl oder Porzellan.
- 1.6.9 Kronen oder Brücken auf oder als Ersatz der oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähne, es sei denn:
- (a) diese bestehen entweder aus einer Porzellan-Metall-Verbindung oder rein aus Metall (z. B. eine Krone mit Goldlegierung) oder
 - (b) eine provisorische Krone oder Brücke ist im Rahmen einer Routine- oder Notfall-**Zahnbehandlung** notwendig.
- 1.6.10 **Behandlungen**, Verfahren oder Materialien, die sich noch im Versuchsstadium befinden oder allgemeingültige zahnärztliche Standards nicht einhalten.
- 1.6.11 **Behandlungen** von Zahnimplantaten, im direkten oder indirekten Zusammenhang mit:
- (a) einem Fehler bei der Einpassung des Implantats,
 - (b) einer gestörten Einheilung,
 - (c) Periimplantitis,
 - (d) dem Ersatz von Kronen, Brücken oder künstlichen Gebissen oder
 - (e) einem Unfall oder einer **Notfallbehandlung** einschließlich sämtlicher prothetischer Geräte.
- 1.6.12 Beratung bezüglich der Bekämpfung von Plaque, der Mundhygiene oder der Ernährung.
- 1.6.13 Dienstleistungen und Zubehör, insbesondere, jedoch nicht abschließend, Mundspülungen, Zahnbürsten und Zahnpasta.
- 1.6.14 Medizinische **Behandlungen**, die in einem **Krankenhaus** von einem Mundspezialisten durchgeführt werden, können durch die internationale Krankenversicherung und / oder den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen abgedeckt sein – sofern diese Option gewählt wurde –, außer die **Zahnbehandlung** ist der Grund für **Ihren** Krankenhausaufenthalt.
- 1.6.15 Orthodontische **Behandlungen** für jede Person nach deren 19. Geburtstag.
- 1.6.16 Bissregistrierung, Präzisions- oder Halbpräzisionsgeschiebe.
- 1.6.17 **Behandlungen**, Verfahren, Hilfsmittel oder Wiederherstellung (abgesehen von künstlichen Gebissen), die hauptsächlich einem der nachfolgenden Zwecke dienen:
- (a) Veränderung der vertikalen Dimensionen,
 - (b) Diagnose oder **Behandlung** von Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Kiefergelenks,
 - (c) Stabilisierung von von Parodontose betroffenen Zähnen,
 - (d) Wiederherstellung der Okklusion.

Definitionen

Die nachfolgenden Begriffe und Ausdrücke haben die angegebenen Bedeutungen. In den Fällen, in denen diese Begriffe und Ausdrücke mit den angegebenen Bedeutungen genutzt werden, erscheinen sie in diesen **Vertragsbedingungen** und im **Kundenleitfaden**, einschließlich der **Liste der Leistungen**, fett gedruckt.

Definitionen, die mit einem Sternchen gekennzeichnet sind, gelten lediglich für Aufnahmen in den **USA**. Sofern nicht anders angegeben, schließt die Form im Singular auch die Form im Plural ein und die maskuline Form schließt die feminine Form ein und umgekehrt.

„**Aktive Behandlung**“ - eine **Behandlung**, mit der **Krebs** zurückgedrängt, stabilisiert oder die Ausbreitung der Krankheit verlangsamt werden soll. Dies schließt eine **Behandlung**, mit der lediglich die Symptome gelindert werden sollen, aus.

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

„**Jährlicher Verlängerungszeitpunkt**“ - der Jahrestag des **Anfangsdatums**.

„**Antragsformular**“ - das Antragsformular des **Versicherungsnehmers** (unabhängig davon, ob es direkt bei **uns**, über einen Versicherungsvertreter, online oder über **unsere** Telefonverkäufer eingegangen ist) sowie sämtliche Erklärungen, die der Versicherungsnehmer bei der Eintragung über sich und sämtliche im Antragsformular genannte **Anspruchsberechtigte** gemacht hat.

„**Angemessene Altersstufen**“ - Geburt, 2 Monate, 4 Monate, 6 Monate, 9 Monate, 12 Monate, 15 Monate, 18 Monate, 2 Jahre, 3 Jahre, 4 Jahre, 5 Jahre und 6 Jahre.

„**Anspruchsberechtigte**“, „**Anspruchsberechtigter**“ - sämtliche Personen, die auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung** eingetragen sind und für die gemäß diesem **Vertrag** Versicherungsschutz besteht, einschließlich neugeborener Kinder.

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

„**Krebs**“ - ein bösartiger Tumor, bösartiges Gewebe oder Zellen, die durch unkontrolliertes Wachstum und Verbreitung von bösartigen Zellen sowie die Invasion von Gewebe gekennzeichnet sind.

„**CareAllies**“ - eine Organisation, die Ansprüche bei **Behandlungen** in den **USA** überprüft.

„**Versicherungsbescheinigung**“ - die Bescheinigung, die für den **Versicherungsnehmer** ausgestellt wurde. Darauf sind die Vertragsnummer, das **Anfangsdatum**, gegebenenfalls die Höhe der **Selbstbeteiligung**, gegebenenfalls die Höhe des **Eigenanteils**, gegebenenfalls die **maximale Zuzahlung**, Details zu den versicherten Personen sowie sämtliche gesonderten Ausschlusskriterien und **Leistungen** angegeben.

„**Cigna**“, „**wir**“, „**uns**“, „**unser**“, „**der Versicherer**“ - Auf der Rückseite der beiliegenden **Vertragsbestimmungen** können Sie nachlesen, welches Unternehmen von Cigna für Ihren **Vertrag** zuständig ist.

„**Klinik(en)**“ - eine Gesundheitseinrichtung, die in dem Land, in dem sie ihren Sitz hat, registriert oder lizenziert ist, sich überwiegend **ambulant** um Patienten kümmert und in denen ein **Arzt** die Pflege oder die Überwachung vornimmt.

„**Ergänzender Therapeut**“ - ein Akupunkteur, Homöopath oder ein praktischer Arzt für chinesische Medizin, der angemessen qualifiziert und berechtigt ist, in dem Land, in dem die **Behandlung** vorgenommen wird, zu praktizieren.

„**Angeborene Krankheit**“ - eine Abartigkeit, Fehlbildung, Erkrankung, Krankheit oder **Verletzung**, die bereits bei der Geburt vorliegt, egal ob diagnostiziert oder nicht.

* „**Überprüfung eines längeren Aufenthaltes**“ („**CSR**“) - eine Überprüfung und Entscheidung durch **CareAllies** während des Krankenhausaufenthaltes eines **Anspruchsberechtigten**, ob eine weitere **stationäre Behandlung** des **Anspruchsberechtigten** angemessen ist.

„**Eigenanteil nach Selbstbeteiligung**“, „**Eigenanteil(e)**“ - der prozentuale Anteil an jedem Anspruch, den der **Anspruchsberechtigte** selbst bezahlen muss, nachdem die **Selbstbeteiligung** gezahlt wurde. Für die internationale Krankenversicherung und den internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen können gesonderte Eigenanteile gelten. Diese sind gegebenenfalls in der **Versicherungsbescheinigung** aufgeführt.

„**Kosmetisch**“ - Dienstleistungen, Verfahren oder Gegenstände, die überwiegend aus ästhetischen Gründen bereitgestellt werden und die nicht notwendig sind, um einen annehmbaren Gesundheitszustand zu erhalten.

„**Aufenthaltsland**“ - das auf **Ihrem Antragsformular** angegebene Land, in dem ein **Anspruchsberechtigter** normalerweise wohnhaft ist.

„**Staatsbürgerschaft**“ - das auf **Ihrem Antragsformular** angegebene Land, von dem der **Anspruchsberechtigte** Staatsbürger oder Untertan ist.

„**Kundenleitfaden**“ - enthält die **Liste der Leistungen** sowie Informationen zu Schadensrückerstattungen und ist Teil des **Vertrags**.

„**Teilstationäre Behandlung**“ - Versorgung einschließlich Einweisung in ein **Krankenhaus** und der Gebrauch eines Bettes, jedoch ohne Übernachtung. Bei Aufnahmen in den **USA** fallen hierunter auch chirurgische Verfahren, die in dem Operationsaal des **Doktors** durchgeführt werden.

„**Teilstationär**“ - wenn ein Patient für eine **Behandlung** oder eine zeitlich begrenzte, medizinisch überwachte Erholung in ein **Krankenhaus**, eine Tagesklinik oder eine sonstige medizinische Einrichtung eingeliefert wird, ohne über Nacht ein Krankenbett in Anspruch zu nehmen.

„**Selbstbeteiligung**“ - der Festbetrag, den der **Anspruchsberechtigte** bei jeder Schadenrückerstattung selbst bezahlen muss. Dieser ist gegebenenfalls in der **Versicherungsbescheinigung** aufgeführt.

„**Zahnmedizinische Notfälle**“ - starke Schmerzen, die nicht mit Schmerzmitteln gelindert werden können, Schwellungen im Gesicht oder unkontrollierbare Blutungen nach dem Ziehen eines Zahns, sofern dies entweder außerhalb der Öffnungszeiten des behandelnden **Zahnarztes** des **Anspruchsberechtigten** geschieht oder sich der **Anspruchsberechtigte** nicht in der Nähe der Zahnarztpraxis, die er normalerweise besucht, aufhält. In solchen Fällen sieht die Versicherung nur **Behandlungen** vor, mit denen der Zustand stabilisiert und starke Schmerzen gelindert werden können.

„**Zahnverletzung**“ - die **Verletzung** eines **gesunden natürlichen Zahns**, verursacht durch einen extraoralen Einfluss. Eine **Behandlung** von Zahnimplantaten, Kronen oder künstlichen Gebissen ist nicht abgedeckt, es sei denn, **Sie** haben den internationalen Versicherungsschutz für zahn- und augenärztliche Behandlungen abgeschlossen; in dem Fall gelten die in dem **Vertrag** aufgeführten Bestimmungen.

„**Zahnbehandlung**“ - Verfahren oder Behandlungen an den Zähnen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind für eine dauerhafte **Mundgesundheit** notwendig.
- Sie werden von einem **Zahnarzt** durchgeführt oder persönlich überwacht, auch wenn sie von einem Hygieniker durchgeführt werden.
- Sie sind in der **Liste der Leistungen** aufgeführt oder werden andernfalls von **uns** als Verfahren oder Behandlungen akzeptiert, die gängigen zahnärztlichen Standards entsprechen, welche von zahlreichen angesehenen und kompetenten Experten im betreffenden Bereich der Zahnmedizin bestätigt sind.

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

„**Entgiftung**“ - die **Behandlung** von Entzugserscheinungen, nachdem ein **Anspruchsberechtigter** Drogen, Alkohol oder beides missbraucht hat. Darunter fallen die zur Stabilisierung des Körpers nötige Erholung, Medikation, Flüssigkeiten und Ernährungsumstellung.

„**Diagnostische Tests**“ - Untersuchungen, z. B. Röntgenuntersuchungen oder Bluttests, um die Ursache von Symptomen beim **Anspruchsberechtigten** zu ermitteln oder dabei zu helfen.

„**Doktor**“ - ein Mediziner, der über einen entsprechenden Dokortitel verfügt und nach den Gesetzen des Landes, Staates oder regulierten Gebietes, in dem die **Behandlung** durchgeführt wird, registriert und lizenziert ist zu praktizieren.

„**Berechtigte weibliche Person**“ - eine **Versicherungsnehmerin** oder **Anspruchsberechtigte**.

„**Notfallbehandlung**“ - eine **Behandlung**, die **medizinisch notwendig** ist, um unmittelbare und erhebliche Folgen von Erkrankungen, **Verletzungen** oder Leiden zu verhindern, die, wenn sie nicht behandelt werden, zu einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen können. Versichert sind lediglich medizinische **Behandlungen** durch einen **Arzt** oder einen Mediziner sowie Einweisungen ins Krankenhaus, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls beginnen.

„**Vertragsende**“ - das auf der **Versicherungsbescheinigung** angegebene Datum, an dem der Versicherungsschutz unter diesem **Vertrag** ausläuft.

„**Evidenzbasierte Behandlung**“ - eine **Behandlung**, die von einer der folgenden Einrichtungen erforscht, überprüft und anerkannt wurde:

- das National Institute for Health and Clinical Excellence,
- das **Cigna Medical Team**
- eine andere Einrichtung, die vom **Cigna Medical Team** anerkannt ist.

„**Zahlungsgarantie**“ - eine Garantie durch **uns** gegenüber einem **Anspruchsberechtigten**, einem **Krankenhaus**, einer **Klinik** oder einem **Arzt**, dass die vereinbarten Kosten im Zusammenhang mit einer bestimmten **Behandlung** gezahlt werden.

„**Häusliche Krankenpflege**“ - Hausbesuche beim **Anspruchsberechtigten** durch einen **qualifizierten Krankenpfleger** zur Durchführung von Pflegeleistungen:

- direkt nach einer **Behandlung** im **Krankenhaus**, so lange wie dies **medizinisch notwendig** ist, und
- Hausbesuche, so lange wie dies **medizinisch notwendig** ist, zur Durchführung einer **Behandlung**, die normalerweise in einem **Krankenhaus** vorgenommen würde.

Häusliche Krankenpflege ist nur dann versichert, wenn sie durch den **Spezialisten**, der den **Anspruchsberechtigten** behandelt hat, empfohlen wurde.

„**Krankenhaus**“ - Einrichtungen oder Institutionen, die in dem Land, in dem sie sich befinden, als medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus registriert oder lizenziert sind und in denen der **Anspruchsberechtigte** täglich von einem **Arzt** oder einem **qualifizierten Krankenpfleger** behandelt oder überwacht wird.

„**Ursprüngliches Anfangsdatum**“ - der erste Tag, an dem der Versicherungsschutz des **Anspruchsberechtigten** im Rahmen der internationalen Krankenversicherung beginnt.

„**Verletzung**“ - eine physische Verletzung.

„**Stationär**“ - wenn ein Patient in ein **Krankenhaus** eingeliefert wird und aus medizinischen Gründen für eine Nacht oder länger ein Bett belegt.

„**Versicherung**“ - der Versicherungsschutz, den **wir** den **Anspruchsberechtigten** vorbehaltlich der Bedingungen, Beschränkungen und Ausschlüsse in diesen **Vertragsbedingungen**, dem **Kundenleitfaden** und **Ihrer Versicherungsbescheinigung** gewähren.

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

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

„**Liste der Leistungen**“ - die aktuelle Liste von **Leistungen**, die im **Kundenleitfaden** aufgeführt sind, sowie sämtliche Anmerkungen.

„**Mutterschaftsleistung**“ - **Leistungen**, die eine unter diesem **Vertrag** versicherte **berechtigte weibliche Person** im Zusammenhang mit sämtlichen Aspekten der Schwangerschaft oder der Geburt eines Kindes, einschließlich Komplikationen, in Anspruch nehmen kann, mit Ausnahme von:

- **Behandlungen** zum absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, die Schwangerschaft gefährdet das Leben oder die mentale Stabilität der Mutter, und
- Kinderbetreuung von Neugeborenen im **Krankenhaus**, es sei denn, die Mutter muss für eine **medizinisch notwendige Behandlung** im **Krankenhaus** verbleiben, welche durch diesen **Vertrag** abgedeckt ist.

„**Medizinischer Assistenzdienst**“ - ein Dienst, der medizinische Auskünfte erteilt, Krankentransporte, Unterstützung und den Rücktransport in das Heimatland organisiert. Der Dienst steht in verschiedenen Sprachen und rund um die Uhr zur Verfügung.

„**Medizinisch notwendig**“ / „**medizinische Notwendigkeit**“ - versicherte Dienstleistungen und Hilfsmittel sind medizinisch notwendig, wenn sie nach Ermessen des **medizinischen Teams** folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind notwendig, um eine Erkrankung, **Verletzung**, Krankheit oder deren Symptome zu diagnostizieren oder zu behandeln.
- Sie sind **konventionell** und entsprechen allgemein akzeptierten Standards in der medizinischen Praxis.
- Sie sind klinisch angemessen im Hinblick auf die Art, die Häufigkeit, das Ausmaß, den Ort und die Dauer.
- Sie werden nicht in erster Linie aufgrund der Annehmlichkeit für den **Anspruchsberechtigten**, den Mediziner oder den **Arzt** erbracht.
- Sie werden auf die am wenigsten intensive, für die betreffenden Dienstleistungen und Hilfsmittel angemessene Art und Weise bereitgestellt.

Gegebenenfalls vergleicht das **medizinische Team** die Kosteneffizienz von alternativen Dienstleistungen, Einstellungen oder Hilfsmitteln, wenn bestimmt werden soll, welche Art der Bereitstellung am wenigsten intensiv ist.

„**Arzt**“ - ein **Doktor** oder **Spezialist**, der nach den Gesetzen des Landes, Staates oder regulierten Gebiets, in dem die **Behandlung** durchgeführt wird, registriert oder lizenziert ist zu praktizieren und der nicht selbst unter diesem **Vertrag** versichert oder mit einer unter diesem **Vertrag** versicherten Person verwandt ist.

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

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

„**Mundgesundheit**“ - aus Sicht des Patienten angemessene Erwartungen an die **Mundgesundheit** – hinsichtlich Zähne, Zahnhalteapparat und sonstigem Mundgewebe – und an die zahnmedizinische Effizienz, die dem Schutz seiner allgemeinen Gesundheit dienen, in Übereinstimmung mit einem Standard, der für einen **Zahnarzt** mit durchschnittlichen Kompetenzen und Fähigkeiten in dem **Aufenthaltsland** des Patienten akzeptabel ist.

„**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.

„**Maximale Zuzahlung**“ - der Höchstbetrag, den jeder **Anspruchsberechtigte** während der **Versicherungsdauer** im Rahmen der internationalen Krankenversicherung oder des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen als **Eigenanteil** zahlen muss. Dieser Betrag ist, sofern zutreffend, auf der **Versicherungsbescheinigung** ausgewiesen. Dies gilt lediglich für Beträge, die im Zusammenhang mit dem **Eigenanteil** im Rahmen der internationalen Krankenversicherung oder des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen gezahlt wurden.

Sämtliche Beträge, die aufgrund einer **Selbstbeteiligung**, aufgrund der Überschreitung der Deckungsgrenzen, für **Behandlungen**, die von **Ihrer** Versicherung nicht abgedeckt sind, oder aufgrund von Strafzahlungen für das Nichteinholen einer vorherigen Genehmigung oder für die Verwendung von Anbietern außerhalb des Netzwerkes in den **USA** gezahlt wurden, werden bei der Berechnung der **maximalen Zuzahlung** nicht berücksichtigt.

„**Ambulant**“ - wenn ein Patient ein **Krankenhaus**, ein Sprechzimmer oder eine **Klinik** für **ambulante Behandlung** aufsucht, ohne **teilstationär** oder **stationär** aufgenommen zu werden.

„**Palliative Pflege**“ - **Behandlungen**, die eine Erkrankung nicht heilen oder wesentlich verbessern, sondern der Linderung der Symptome dienen.

„**Versicherungsdauer**“ - ein Zeitraum von 12 zusammenhängenden Monaten, während dem die **Anspruchsberechtigten** unter diesem **Vertrag** versichert sind, wobei sich der Zeitraum vom **Anfangsdatum** bis zu dem auf der **Versicherungsbescheinigung** angegebenen **Fristende** erstreckt, oder ein kürzerer Zeitraum, wenn **Vertrag** unter Einhaltung der **Vertragsbestimmungen** vorzeitig gekündigt wird.

„**Wachkoma**“ - ein **Anspruchsberechtigter**, der über einen Zeitraum von mindestens 90 zusammenhängenden Tagen im Wachkoma liegt. Als Wachkoma wird ein Zustand bezeichnet, der durch eine **Verletzung**, Erkrankung oder **Krankheit** und einen damit verbundenen Bewusstseinsverlust verursacht wurde und bei dem der **Anspruchsberechtigte** 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.

„**Vertrag**“ - der Vertrag, welcher die **Vertragsbedingungen**, den **Kundenleitfaden** (einschließlich der **Liste der Leistungen** und der Informationen zu Schadensrückerstattungen) und **Ihre Versicherungsbescheinigung** umfasst.

„**Vertragsdokumente**“ - die zum **Vertrag** gehörenden Unterlagen, einschließlich der **Vertragsbestimmungen**, des **Kundenleitfadens**, **Ihrer Versicherungsbescheinigung**, des Erstattungsformulars von **Cigna** und **Ihrer Cigna-ID-Karte**.

„**Versicherungsnehmer**“ - eine Person, die bei **uns** ein **Antragsformular** eingereicht hat, das schriftlich von **uns** angenommen wurde, und die die Prämie gemäß dem **Vertrag** zahlt.

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

* „**Bescheinigung vor Einweisung**“ („**PAC**“) - eine Überprüfung und erste Entscheidung durch **CareAllies**, vor der Einlieferung in ein **Krankenhaus** in den **USA**, bezüglich der Angemessenheit einer **stationären** oder **teilstationären Behandlung** eines Patienten.

„**Bereits bestehende Erkrankung**“ - jedwede Krankheit, Erkrankung oder **Verletzung** sowie Symptome im Zusammenhang mit einer Krankheit, Erkrankung oder **Verletzung**:

- bei denen vor dem **ursprünglichen Anfangsdatum** eine medizinische Beratung oder eine **Behandlung** in Anspruch genommen oder erteilt wurde, oder
- von denen der **Anspruchsberechtigte** vor dem **ursprünglichen Anfangsdatum** wusste, auch wenn er keine medizinische Beratung oder eine **Behandlung** in Anspruch genommen hat.

„**Psychiatrische Behandlung**“ - Betreuung und Pflege von Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, insbesondere, jedoch nicht abschließend, an Essstörungen.

„**Psychologe**“ - eine Person, die in klinischer Psychologie ausgebildet ist (und eine entsprechende Zertifizierung in dem Land hat, in dem die **Behandlung** durchgeführt wird) und Patienten mit psychischen und emotionalen Störungen behandelt.

„**Qualifizierter Krankenpfleger**“ - ein Krankenpfleger, der als solcher nach den Gesetzen des Landes, des Staates oder regulierten Gebietes, in der die **Behandlung** durchgeführt wird, registriert oder lizenziert ist.

„**Qualifizierendes Lebensereignis**“ bezeichnet:

- eine Eheschließung oder die Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- den Beginn des Zusammenlebens mit einem Partner,
- eine Scheidung oder eine Trennung,
- die Geburt eines Kindes,
- die legale Adoption eines Kindes oder
- den Tod eines **Ehepartners**, Partners oder Kindes.

Wir können einen Nachweis über die oben aufgeführten Ereignisse verlangen.

„**Rehabilitation**“ - eine Physio-, Sprach- oder Ergotherapie im Rahmen einer **Behandlung** mit dem Ziel der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des **Anspruchsberechtigten** nach einem **akuten** Vorfall.

„**Verzeichnis chirurgischer Eingriffe**“ - die aktuelle Aufstellung von chirurgischen Eingriffen, die von **unserem** Chief Medical Officer genehmigt wurden.

„**Ausgewähltes Versicherungsgebiet**“ - bedeutet entweder:

- **weltweit, einschließlich USA** oder
- **weltweit, ohne USA**.

„**Kurzfristig**“ - bezeichnet einen Zeitraum, der der Genesungszeit entspricht, die für die **Behandlung** notwendig und von dem behandelnden **Arzt** mit der Genehmigung durch **unseren** medizinischen Leiter vorgeschrieben ist.

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

„**Gesunde(r) natürliche(r) Zahn / Zähne**“ - ein Zahn mit einer normalen Funktion zum Kauen und Sprechen, und bei dem es sich um kein Zahnimplantat handelt. Bei einem solchen Zahn / solchen Zähnen darf es zu keinem der folgenden Ereignisse gekommen sein:

- Karies oder Füllung,
- Zahnfleischerkrankungen im Zusammenhang mit Knochenschwund,
- Wurzelkanalbehandlungen.

„**Spezialist**“ - ein **Doktor**, der nur für die empfohlene **Behandlung** nach den Gesetzen des Landes, Staates oder regulierten Gebietes, in dem die **Behandlung** durchgeführt wird, anerkannt, registriert oder lizenziert ist.

„**Lebenspartner**“ - der gesetzliche Ehemann oder die gesetzliche Ehefrau eines **Anspruchsberechtigten** oder der unverheiratete oder eingetragene Lebenspartner, den **wir** für den Versicherungsschutz unter diesem **Vertrag** akzeptiert haben.

„**Anfangsdatum**“ - das auf der **Versicherungsbescheinigung** angegebene Datum, an dem der Versicherungsschutz unter diesem **Vertrag** beginnt.

„**Anspruchsabtretung**“ - das Recht von **Cigna**, im Namen des **Anspruchsberechtigten** sämtliche Ausgaben oder Kosten im Zusammenhang mit Ansprüchen, die von **uns** für **Behandlungen** gezahlt wurden, von einem anderen Versicherungsunternehmen oder einer anderen Quelle zurück zu verlangen. **Cigna** wendet die allgemeinen Prinzipien des gleichmäßigen Beitrags und Schadenersatzes an.

„**Chirurgische Eingriffe**“ - ein Vorgang in der Medizin, bei dem Krankheiten, Verletzungen und Deformationen operativ durch Einschnitte in den Körper behandelt werden.

„**Chirurgische(s) Hilfsmittel / medizinische(s) Hilfsmittel**“ - bezeichnet entweder:

- ein künstliches Körperteil, eine Prothese oder ein Gerät, welches notwendig ist zum Zwecke oder im Zusammenhang mit einem **chirurgischen Eingriff**, oder
- ein künstliches Gerät oder eine Prothese, welche so lange wie **medizinisch notwendig** Bestandteil einer **Behandlung** unmittelbar nach einem **chirurgischen Eingriff** ist, oder
- eine Prothese oder ein Hilfsmittel, welches **medizinisch notwendig** und **kurzfristig** Teil des Genesungsprozesses ist.

„**Symptomatisch**“ - eine **Behandlung**, bei der nicht weiter versucht wird, das Krebswachstum oder die Krebsentwicklung zu verändern, sondern lediglich die Symptome gelindert werden sollen.

„**Therapeut**“ - ein Logopäde, Ernährungsberater oder Orthoptist, der angemessen qualifiziert und lizenziert, ist um in dem Land, in dem die **Behandlung** durchgeführt wird, zu praktizieren.

„**Behandlung**“ - sämtliche chirurgischen oder medizinischen Behandlungen, die von einem **Arzt** überwacht werden und **medizinisch notwendig** sind, um eine **Krankheit**, eine Erkrankung oder eine **Verletzung** zu diagnostizieren, zu heilen oder maßgeblich zu lindern.

„**USA**“ - die Vereinigten Staaten von Amerika.

„**Weltweit, einschließlich der USA**“ - jedes Land der Welt und die See, abgesehen von Ländern, mit denen zu Beginn der **Behandlung** der Handel durch die Bundesregierung der **USA** in dem Maße untersagt ist, dass Zahlungen gegen geltendes Recht verstoßen.

„**Weltweit, ohne USA**“ - weltweit mit Ausnahme der **USA**.

„**Sie, Ihr(e)**“ - der **Versicherungsnehmer**.