

Zusammenfassung des Vertrags und wichtige Fakten

für Verträge in Guernsey

Haftungsausschluss	<p>In diesem Dokument werden die wichtigsten Leistungen und wesentliche oder ungewöhnliche Ausschlusskriterien der Global Health Options-Krankenversicherungen von Cigna zusammengefasst. Eine Zusammenfassung kann jedoch nicht sämtliche Bedingungen und Ausschlusskriterien vollständig beschreiben. Daher lesen Sie bitte die vollständigen Vertragsbedingungen (einschließlich der Allgemeinen Ausschlusskriterien) und den Kundenleitfaden, der die Liste der Leistungen sowie Informationen zum Erstattungsverfahren enthält. Außerdem ist es sehr wichtig, dass Sie die Liste der gesonderten Ausschlusskriterien lesen, die Ihrer Versicherungsbescheinigung beigelegt ist, da diese wahrscheinlich für Sie von besonderer Bedeutung sind.</p>
Versicherungsunternehmen	<p>Die Versicherung wird bereitgestellt von</p> <p>Cigna Global Insurance Company Limited St Martin's House, Le Bordage, St Peter Port, Guernsey GY1 4AU</p> <p>Die Versicherung wird von Cigna European Services (UK) Limited verwaltet.</p>
Aufsichtsbehörde	<p>Das Versicherungsunternehmen wurde genehmigt und unterliegt hinsichtlich der Durchführung von Versicherungsgeschäften in Guernsey, einschließlich Angelegenheiten im Zusammenhang mit diesem Vertrag, der Aufsicht der Guernsey Financial Services Commission.</p>
Kerngeschäft	<p>Die wichtigsten Geschäftstätigkeiten von Cigna sind das Abschließen und Ausführen von Verträgen für Kranken- und Lebensversicherung.</p>
Adresse für Vorladungen und Bevollmächtigte	<p>Herr Alastair Watt Anschrift wie oben</p>
Vorstandsvorsitzende	<p>Alastair Watt, Sébastien Haslé, Reter Greskoff, John Langlois.</p>

Art der Versicherung und Versicherungsschutz	<p>Der Vertrag bezieht sich auf eine individuelle private Krankenversicherung und gilt nur für internationale, im Ausland lebende Personen.</p> <p>Er deckt bestimmte Kosten medizinisch notwendiger Behandlungen sowie bestimmte Dienstleistungen im Zusammenhang mit diesen Behandlungen (siehe Liste der Leistungen) ab. Am Ende dieses Dokuments befindet sich eine Zusammenfassung der Leistungen.</p>
Versicherungsdauer und Verlängerungsverfahren	<p>Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr und beginnt mit dem auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegebenen Anfangsdatum.</p> <p>Wenn Sie Ihren Vertrag verlängern, müssen Sie möglicherweise Ihren Versicherungsschutz prüfen und aktualisieren, um zu gewährleisten, dass er weiterhin angemessen ist.</p>
Kündigung und Stornierung	<p>Der Versicherungsschutz endet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie Ihren vollen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen oder • wir Ihnen mit einer Frist von 14 Tagen mitteilen, dass wir den Vertrag kündigen, oder • es uns rechtlich nicht mehr möglich ist, den laut diesem Vertrag bereitgestellten Versicherungsschutz anzubieten, oder • es bekannt wird, dass einer der Anspruchsberechtigten auf einer handelsrechtlichen Sanktionsliste aufgeführt ist, oder • Sie unehrliche oder unvollständige Angaben gemacht haben oder nicht genug Sorgfalt auf das ehrliche und vollständige Beantworten unserer Fragen aufgewandt haben. <p>Bitte lesen Sie den Vertrag sorgfältig. Wenn er nicht gemäß Ihren Absichten ausgestellt worden ist, schicken Sie den Vertrag zur Änderung oder Stornierung bitte innerhalb von 14 Tagen nach dem Ausstellungsdatum an uns zurück.</p>
Ihre Verpflichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sie müssen die zur ehrlichen und vollständigen Beantwortung aller Fragen in Ihrem Antragsformular 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 Versicherungsschutz kündigen. • Sie sind verpflichtet, Ihren Beitrag rechtzeitig zu zahlen. • Sie sind verpflichtet, die restlichen Bestimmungen in Ihren Vertragsbedingungen einzuhalten.
Beitragszahlungen	<p>Beiträge können auf folgende Arten gezahlt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jährlich durch elektronischen Zahlungsverkehr • monatlich, vierteljährlich oder jährlich per Kredit- oder Debitkarte <p>Ihre Beitragssätze und Angaben über die von Ihnen gewählte Zahlungsart sind auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben.</p>

<p>Steuern oder sonstige Gebühren</p>	<p>Steuern, Gebühren oder Kosten, die sich aus Ihrem Versicherungsvertrag ergeben, müssen weder von dem Unternehmen gezahlt werden noch werden sie von diesem erhoben.</p>
<p>Selbstbeteiligung und Leistungsgrenzen</p>	<p>Für diese Krankenversicherung gilt möglicherweise eine Selbstbeteiligungszahlung. Vollständige Einzelheiten über alle geltenden Selbstbeteiligungen finden Sie auf Ihrer Versicherungsbescheinigung. Die Selbstbeteiligung ist für jede Person zahlbar, die im Rahmen des Vertrags versichert ist.</p> <p>Leistungen unterliegen Grenzen und der Patient muss alle Kosten oberhalb der Grenzen zahlen.</p> <p>Die Höhe der Selbstbeteiligung ist auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben und die Leistungsgrenzen sind in der Liste der Leistungen im Kundenleitfaden aufgeführt.</p> <p>Selbstbeteiligung (optional) Eine Selbstbeteiligung ist der Anteil eines Erstattungsantrags oder mehrerer Erstattungsanträge, der nicht von Ihrer Krankenversicherung gedeckt wird.</p> <p>Wählen Sie zum Beispiel eine Selbstbeteiligung von 500 £ für die internationale Krankenversicherung, müssen Sie in jeder Versicherungsdauer die ersten 500 £ eines abgedeckten Erstattungsantrags oder abgedeckter Erstattungsanträge selbst zahlen. Wenn eine Selbstbeteiligung gewählt wird, müssen Sie diese während einer beliebigen Versicherungsdauer ungeachtet der Anzahl der Erstattungsanträge nur einmal zahlen. Je höher die Selbstbeteiligung ist, für die Sie sich entscheiden, um so niedriger ist Ihr Beitrag.</p> <p>Die Selbstbeteiligung ist für jede Person zahlbar, die im Rahmen des Vertrags versichert ist.</p> <p>Umlage Eine Umlage ist der prozentuale Anteil jedes Erstattungsantrags, der nicht von Ihrer Krankenversicherung gedeckt wird. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Umlage pro Versicherungsdauer zahlen müssen. Wenn Sie zum Beispiel eine Umlage von 20 % und eine maximale Zuzahlung von 2.000 \$ wählen, müssen Sie die ersten 20 % jedes abgedeckten Erstattungsantrags bis zu einem maximalen Betrag von 2.000 \$ pro Versicherungsdauer zahlen. Weitere Informationen zu Selbstbeteiligung, Umlage und maximaler Zuzahlung und den Grenzen, die Sie wählen können, entnehmen Sie bitte Ihrem Kundenleitfaden.</p>
<p>Wie tritt der Vertrag in Kraft?</p>	<p>Wenn wir Ihren Antrag akzeptieren, informieren wir Sie gegebenenfalls über Sonderausschlusskriterien, die für Sie und die versicherten Anspruchsberechtigten gelten. Sie können dann entscheiden, ob Sie die Versicherung abschließen möchten. Unser Angebot ist 14 Tage gültig.</p> <p>Der Vertrag tritt in Kraft, sobald Sie einwilligen, die Versicherung abzuschließen, es sei denn, wir vereinbaren ein anderes Datum mit Ihnen. Das Anfangsdatum steht auf Ihrer Versicherungsbescheinigung.</p>

**Erstattungsanträge
außerhalb der USA****WICHTIG**

Bevor Sie Behandlungen in Anspruch nehmen und Kosten anfallen, müssen Sie eine vorherige Genehmigung von uns einholen. Andernfalls müssen Sie 20 % der erstattungsfähigen Behandlungskosten übernehmen.

Erstattungsanträge für Behandlungen schicken Sie bitte an:

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

Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns an unter:
Kundendienst (rund um die Uhr): +44 (0)1475 788182
Gebührenfrei: 1 800 835 7677.

**Erstattungsanträge
in den USA****WICHTIG**

Bevor Sie Behandlungen in Anspruch nehmen und Kosten anfallen, müssen Sie eine vorherige Genehmigung von uns einholen. Andernfalls müssen Sie 50% der erstattungsfähigen Behandlungskosten übernehmen.

Außerdem müssen Sie Cigna PPO-Netzwerkdienstleister in Anspruch nehmen, um die volle Erstattung der erstattungsfähigen Behandlungskosten zu erhalten. Wenn Sie einen Dienstleister nutzen, der nicht zum Netzwerk gehört, müssen Sie 20 % der erstattungsfähigen Behandlungskosten übernehmen. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn die Behandlung an Ihrem Ort nicht verfügbar ist oder ein Notfall vorliegt.

Erstattungsanträge für in den USA durchgeführte Behandlungen schicken Sie bitte an:

Cigna International
Postfach 15964
Wilmington, Delaware 19850
Vereinigte Staaten von Amerika

Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie uns an unter:
Kundendienst (rund um die Uhr): +44(0)1475 788182
Gebührenfrei: 1 800 835 7677.

**Mitteilung von
Erstattungsanträgen**

Erstattungsanträge müssen innerhalb von 90 Tagen nach Beginn der Behandlung oder so bald wie vernünftigerweise möglich zusammen mit Originalrechnungen schriftlich in Form eines Cigna-Erstattungsformulars bei uns eingereicht werden.

Sie müssen innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Behandlung, auf die sich der Erstattungsantrag bezieht, schriftliche Belege als Begründung für den Erstattungsantrag einreichen. Die Belege müssen das Zustandekommen, die Art und den Umfang der Behandlung und den als Folge davon entstandenen Verlust ausweisen.

Werden das Erstattungsformular und die schriftlichen Belege zur Begründung des Erstattungsantrags nicht innerhalb von 12 Monaten bei Cigna eingereicht, wird der Erstattungsantrag nicht bezahlt.

Beschwerden	<p>Falls Sie eine Beschwerde einreichen möchten, ist dies auf zwei Wegen möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postalisch: Head of Customer Service, Cigna Global Health Options, 1 Knowe Road, Greenock, Schottland PA15 4RJ oder • Telefonisch: +44 (0) 1475 492197 <p>Wenn Sie dadurch nicht zufrieden gestellt werden, können Sie bei den folgenden Stellen Beschwerde einreichen, ohne dass dies Ihr Recht beeinträchtigt, vor Gericht Klage zu erheben.</p> <p>Einzelheiten zu anderen lokalen Schiedsstellen können Sie bei uns erfragen.</p>	
	Land	Beschwerdestelle
	Vereinigtes Königreich	<p>Financial Ombudsman Service Festnetz: 0800 0 234 567 Mobil: 0300 123 9 123. complaint.info@financial-ombudsman.org.uk The Financial Ombudsman Service South Quay Plaza 183 Marsh Wall London, E14 9SR.</p>
Insolvenz des Versicherers	<p>Je nach Aufenthaltsland und den entsprechenden Bestimmungen kann ein lokaler Sicherungsfonds gelten, zu dem Details auf Anfrage erhältlich sind.</p>	
Vertragssprache und Sprache der vorvertraglichen Verhandlungen	<p>Dokumente und Informationen werden ausschließlich auf Englisch ausgestellt.</p>	
Geltendes Recht	<p>Das Versicherungsunternehmen schlägt vor, dass dieser Vertrag den Gesetzen von England und Wales unterliegt.</p>	

Wichtige Leistungen und wesentliche Ausschlusskriterien

Internationale Krankenversicherung

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen – maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer. Hierzu zählen Erstattungen aus allen Bereichen der internationalen Krankenversicherung.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	3.000.000 \$ 2.500.000 € 2.000.000 £

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Krankenhausgebühren für: • Pflege und Unterbringung für stationäre und teilstationäre Behandlung • Aufwachraum	Volle Kostenerstattung bei Zweibettzimmer	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Krankenhausgebühren für: • Operationssaal • verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial für stationäre oder teilstationäre Behandlung • Behandlungsraumgebühren für ambulante chirurgische Eingriffe	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Intensivbehandlung • Intensivtherapie • herzchirurgische Intensivbehandlung • Überwachungsstation	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Unterbringung der Eltern Dies gilt für berechnete, abhängige Kinder unter 18 Jahren. Cigna zahlt angemessene Kosten für ein Elternteil, das im gleichen Krankenhaus mit dem Kind übernachtet, wenn das Kind über Nacht im Krankenhaus bleiben muss. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.	1.000 \$ 740 € 665 £	1.000 \$ 740 € 665 £	Volle Kostenerstattung
Chirurgen- und Anästhesistenhonorare Für stationär , teilstationär oder ambulant erfolgende Operationen	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Spezialistenkonsultationshonorare Volle Kostenerstattung für reguläre Visiten durch einen Spezialisten während Krankenhausaufenthalten einschließlich Intensivbehandlung durch einen Spezialisten , so lange dies medizinisch notwendig ist.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Transplantationsdienstleistungen Für stationär erfolgende Behandlungen	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Nierendialyse Für stationär, teilstationär oder ambulant erfolgende Behandlungen	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung) Für Untersuchungen auf stationärer oder teilstationärer Basis	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Erweiterte medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans) Wir zahlen für diese Scans sowohl auf stationärer, teilstationärer als auch ambulanter Basis.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Volle Kostenerstattung
Physiotherapie und ergänzende Therapien Für Behandlungen auf stationärer oder teilstationärer Basis.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Häusliche Pflege Bis zu 30 Tage und dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Rehabilitation Bis zu 30 Tage und dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Hospizaufenthalt für den Erhalt von palliativer Pflege Bis zu dem für die Lebensdauer angegebenen Höchstbetrag	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Interne Prothesen/chirurgische und medizinische Geräte Wir zahlen: • eine Prothese, ein Gerät oder einen Apparat, der während eines chirurgischen Eingriffs eingesetzt wird.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Externe Prothesen/chirurgische und medizinische Geräte Wir zahlen: • eine Prothese oder ein Gerät, das wichtiger Bestandteil der Behandlung unmittelbar nach einem chirurgischen Eingriff ist, so lange dies medizinisch notwendig ist. • eine Prothese oder einen Apparat, der medizinisch notwendig und kurzfristig Teil des Genesungsprozesses ist. Bei Erwachsenen zahlen wir eine externe Prothese. Bei Kindern bis 16 Jahre zahlen wir die erste Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.	Für jede Prothese 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Für jede Prothese 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Für jede Prothese 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Lokale Ambulanz- und Luftrettungsdienste Medizinisch notwendige Transporte mit lokalem Rettungswagen oder lokalem Luftrettungsdienst wie einem Hubschrauber im Zusammenhang mit einem von der Versicherung abgedecktem Krankenhausaufenthalt.</p>	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
<p>Stationäre Geldleistungen Der Anspruchsberechtigten erhält von uns stationäre Geldleistungen, wenn er</p> <ul style="list-style-type: none"> • in einem Krankenhaus behandelt wird, das von dieser Versicherung abgedeckt wird, • in einem Krankenhaus übernachtet und • ihm die Kosten für Übernachtung, Verpflegung und Behandlungen nicht in Rechnung gestellt worden sind. <p>Pro Nacht bis zu 30 Übernachtungen pro Versicherungsdauer.</p>	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>Zahnärztliche Notfallbehandlung Zahnärztliche Behandlung im Krankenhaus nach einem schweren Unfall</p>	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Ihre psychiatrische Behandlung	Silver	Gold	Platinum
<p>Psychiatrische Behandlung Wir zahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen • Suchtbehandlung. <p>Für Behandlungen, bei denen der Anspruchsberechtigte in einem Krankenhaus übernachtet, oder bei teilstationären oder ambulanten Behandlungen.</p> <p>Während der Versicherungsdauer ist eine kombinierte maximale Anzahl von 90 Tagen abgedeckt einschließlich bis zu 30 Tagen stationärer Behandlung. Bei teilstationärer und ambulanter Behandlung zählt jeder Besuch als ein Tag.</p> <p>Es gilt eine 5-Jahres-Gesamthöchstgrenze von 180 Tagen Versicherungsschutz, von denen maximal 60 Tage für stationäre Behandlung verwendet werden können.</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Volle Kostenerstattung

Ihre Krebsbehandlung	Silver	Gold	Platinum
<p>Krebsbehandlung Wir zahlen für aktive und evidenzbasierte Behandlungen für oder im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, einschließlich Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, diagnostische Tests und Medikamente, ganz gleich ob der Anspruchsberechtigte in einem Krankenhaus übernachtet oder teilstationär oder ambulant behandelt wird.</p>	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Ihre Mutter- und Kind-Leistungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Routineversicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen und Entbindung Erhältlich, sobald die Mutter 10 Monate oder länger unter dem Vertrag versichert war. Stationäre und ambulante Behandlungen einschließlich Krankenhausgebühren, Geburtshelfer- und Hebammenhonorare. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	Kein Versicherungsschutz	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<p>Schwangerschaftskomplikationen Erhältlich, sobald die Mutter 10 Monate oder länger unter dem Vertrag versichert war. Stationäre und ambulante Behandlungen bei Komplikationen, die aus der Schwangerschaft resultieren. Kaiserschnitte fallen nur unter den Versicherungsschutz, wenn sie medizinisch notwendig sind. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	Kein Versicherungsschutz	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<p>Hausgeburten Erhältlich, sobald die Mutter 10 Monate oder länger unter dem Vertrag versichert war. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	Kein Versicherungsschutz	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<p>Neugeborenenpflegeleistungen Wenn mindestens ein Elternteil mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt des Neugeborenen unter dem Vertrag abgedeckt war. Wir benötigen keine Daten zur Gesundheit des Neugeborenen und keine medizinische Untersuchung, wenn wir innerhalb von 30 Tagen nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen ein Antragsformular erhalten, um das Neugeborene in den Vertrag aufzunehmen. Erhalten wir das Antragsformular mehr als 30 Tage nach dem Geburtsdatum des Neugeborenen, muss das Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden und wir verlangen das Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens, auf dessen Grundlage wir möglicherweise besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorschreiben. Wenn keines der Elternteile mindestens 10 zusammenhängende Monate vor Geburt des Neugeborenen unter dem Vertrag abgedeckt war und wir ein Antragsformular erhalten, das Neugeborene als einen Anspruchsberechtigten in den Vertrag aufzunehmen. Das Neugeborene muss einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen werden und wir verlangen das Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens. Der Versicherungsschutz für das Neugeborene erfolgt vorbehaltlich der medizinischen Risikoprüfung, auf deren Grundlage wir möglicherweise besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorschreiben. Bis zu dem aufgeführten Höchstbetrag für Behandlungen innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt.</p>	25.000 \$ 18.500 € 16.500 £	75.000 \$ 55.500 € 48.000 £	156.000 \$ 122.000 € 100.000 £
<p>Angeborene Krankheiten Wenn Behandlungen stationär oder teilstationär erfolgen und die angeborene Krankheit sich vor dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten manifestiert hat. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £	39.000 \$ 30.500 € 25.000 £

Ihre Selbstbeteiligungs- und Umlageoptionen	Silver	Gold	Platinum
<p>Selbstbeteiligung (optional)</p> <p>Eine Selbstbeteiligung ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Erstattungsanträge von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt werden.</p>	<p>0 \$ / 375 \$ / 750 \$ / 1.500 \$ / 3.000 \$ / 7.500 \$ / 10.000 \$</p> <p>0 € / 275 € / 550 € / 1.100 € / 2.200 € / 5.500 € / 7.400 €</p> <p>0 £ / 250 £ / 500 £ / 1.000 £ / 2.000 £ / 5.000 £ / 6.650 £</p>		
<p>Umlage und maximale Zuzahlung</p> <p>Die Umlage ist der Prozentsatz jedes Erstattungsantrags, der nicht von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt wird.</p> <p>Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag der Umlage, den Sie während einer Versicherungsdauer zahlen müssten.</p> <p>Die Höhe der Umlage wird berechnet, nachdem die Selbstbeteiligung berücksichtigt wurde. Nur Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Umlage zahlen, werden für die Berechnung der Erreichung der maximalen Zuzahlung berücksichtigt.</p>	<p>Zuerst wählen Sie Ihren Prozentsatz für die Umlage:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>Dann wählen Sie Ihre maximale Zuzahlung:</p> <p>2.000 \$ oder 5.000 \$ 1.480 € oder 3.700 € 1.330 £ oder 3.325 £</p>		

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
<p>Jährliche Leistungen – maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer. Hierzu zählen Erstattungen aus allen Bereichen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen.</p>	<p>10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p>	<p>25.000 \$ 18.500 € 16.625 £</p>	<p>78.000 \$ 61.000 € 50.000 £</p>

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Konsultationen mit Ärzten und Spezialisten</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	<p>125 \$ / 90 € / 80 £</p> <p>Höchstbetrag pro Besuch. Bis zu 15 Besuche pro Jahr.</p>	<p>250 \$ / 185 € / 165 £</p> <p>Höchstbetrag pro Besuch. Bis zu 30 Besuche pro Jahr.</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>
<p>Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung)</p> <p>Wenn Untersuchungen ambulant erfolgen</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	<p>100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £</p>	<p>100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>
<p>Physiotherapie</p> <p>Wenn Behandlungen ambulant erfolgen</p>	<p>100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £</p>	<p>100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>
<p>Osteopathie und chiropraktische Behandlungen</p> <p>Bis zu der für die Versicherungsdauer angegebenen maximalen Anzahl von Terminen.</p>	<p>Volle Kostenerstattung für bis zu 15 Besuche</p>	<p>Volle Kostenerstattung für bis zu 15 Besuche</p>	<p>Volle Kostenerstattung für bis zu 30 Besuche</p>
<p>Akupunktur, Homöopathie und chinesische Medizin</p> <p>Bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 15 Besuchen pro Versicherungsdauer.</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>
<p>Restaurative Logopädie</p> <p>Auf kurzfristiger Basis nach einer Erkrankung wie einem Schlaganfall</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	<p>100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £</p>	<p>100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>
<p>Medikamente und Verbandsmaterial</p> <p>Bei Verschreibung durch einen Arzt auf ambulanter Basis</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	<p>100 % bis zu 500 \$ 370 € 330 £</p>	<p>100 % bis zu 2.000 \$ 1.480 € 1.330 £</p>	<p>Volle Kostenerstattung</p>

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Miete von langlebiger medizinischer Ausrüstung Bis maximal 45 Tage während der Versicherungsdauer	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Impfungen für Erwachsene Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 250 \$ 185 € 165 £	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Zahnbehandlung nach Unfällen Wir zahlen Zahnbehandlungen , die bei Schäden an den gesunden natürlichen Zähnen des Anspruchsberechtigten als Folge eines Unfalls erforderlich sind. Behandlungen müssen unmittelbar nach dem Unfall beginnen und innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Unfalls abgeschlossen sein. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 1.000 \$ 740 € 665 £	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder Zahlbar für Kinder in angemessenen Altersstufen bis zum Alter von 6 Jahren.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Immunisierung von Kindern Zahlbar für Kinder bis zu 17 Jahren.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Jährliche Routineuntersuchungen Ein Seh- und Hörtest für Kinder bis zu 15 Jahren.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Ihre Selbstbeteiligungs- und Umlageoptionen	Silver	Gold	Platinum
Selbstbeteiligung (optional) Eine Selbstbeteiligung ist der Betrag, den Sie zahlen müssen, bevor Erstattungsanträge von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt werden.		0 \$ / 150 \$ / 500 \$ / 1.000 \$ / 1.500 \$ 0 € / 110 € / 370 € / 700 € / 1.100 € 0 £ / 100 £ / 335 £ / 600 £ / 1.000 £	
Umlage und maximale Zuzahlung Die Umlage ist der Prozentsatz jedes Erstattungsantrags, der nicht von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt wird. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag der Umlage , den Sie während einer Versicherungsdauer zahlen müssten. Die Höhe der Umlage wird berechnet, nachdem die Selbstbeteiligung berücksichtigt wurde. Nur Beträge, die Sie im Zusammenhang mit der Umlage zahlen, werden für die Berechnung der Erreichung der maximalen Zuzahlung berücksichtigt.		Zuerst wählen Sie Ihren Prozentsatz für die Umlage : 0 % / 10 % / 20 % / 30 % Ihre maximale Zuzahlung beträgt: 3.000 \$ 2.200 € 2.000 £	



Internationaler Versicherungsschutz für den Krankentransport

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen Maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Krankentransport Transfer zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum, wenn die Behandlung , die der Anspruchsberechtigte benötigt, lokal nicht verfügbar ist.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Medizinische Rückführung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Rückführung der sterblichen Überreste	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Reisekosten für eine Begleitperson	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Krankenbesuch Bis zu maximal 5 Reisen pro Lebensdauer	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Krankenbesuch - Reisekosten Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 1.200 \$ 1.000 € 800 £	100 % bis zu 1.200 \$ 1.000 € 800 £	100 % bis zu 1.200 \$ 1.000 € 800 £
Krankenbesuch - Lebenshaltungskosten Bis zu dem angegebenen Höchstbetrag pro Tag für jeden Besuch bei maximal 10 Tagen pro Besuch	100 % bis zu 155 \$ 125 € 100 £	100 % bis zu 155 \$ 125 € 100 £	100 % bis zu 155 \$ 125 € 100 £

Leistungen des internationalen Versicherungsschutzes für Gesundheit und Wohlbefinden

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
<p>Körperliche Routineuntersuchungen für Erwachsene Wir zahlen körperliche Routineuntersuchungen für Personen ab 18 Jahren. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	100 % bis zu 600 \$ 440 € 400 £
<p>Pap-Abstrich Wir zahlen für einen Papanicolaou-Test pro Jahr. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	Volle Kostenerstattung
<p>Prostatakrebs-Screening Wir zahlen für ein Prostatakrebs-Screening pro Jahr für Männer ab 50 Jahren. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	Volle Kostenerstattung
<p>Mammographien für Brustkrebs-Screening oder zu Diagnosezwecken Wir zahlen: • 35-39 Jahre: eine Basismammographie für symptomlose Frauen. • 40-49 Jahre: eine Mammographie für symptomlose Frauen alle zwei Jahre oder öfter, falls medizinisch notwendig. • Ab 50 Jahre: eine Mammographie pro Jahr. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	Volle Kostenerstattung
<p>Darmkrebs-Screening Wir zahlen ein Darmkrebs-Screening pro Jahr für Anspruchsberechtigte ab 55 Jahren. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	Volle Kostenerstattung
<p>Knochendichtemessung Wir zahlen einen jährlichen Scan zur Feststellung der Knochendichte des Anspruchsberechtigten. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	100 % bis zu 225 \$ 165 € 150 £	100 % bis zu 450 \$ 330 € 300 £	Volle Kostenerstattung
<p>Diätberatungen Wir zahlen bis zu 4 Termine bei einem Ernährungsberater pro Versicherungsdauer</p>	<i>Kein Versicherungsschutz</i>	<i>Kein Versicherungsschutz</i>	Volle Kostenerstattung
<p>Lebensberatung (Kundenassistenzprogramm) • jeden Tag rund um die Uhr verfügbar • bis zu 5 persönliche Beratungen mit einem qualifizierten Berater • Informationen, Ressourcen und Beratung zu allen beruflichen, persönlichen, Lebens- oder Familienangelegenheiten, die Sie beschäftigen • praktische Online-Beratung über E-Counseling • unbegrenzte telefonische Unterstützung • SMS-Nachrichten – teilen Sie uns per SMS mit, welche Unterstützung Sie benötigen, dann rufen wir Sie zurück • Krisenbegleitung • Zugriff auf Lebensberatungsdienste von Ihrem sicheren Kundenbereich aus</p>	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
<p>Online-Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbewertungen und webbasierte Coaching-Programme</p>	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Leistungen des internationalen augenärztlichen und zahnärztlichen Versicherungsschutzes

Augenärztliche Behandlung	Silver	Gold	Platinum
Eine Augenuntersuchung pro Versicherungsdauer durch einen Optiker oder Augenarzt Maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer .	100 % bis zu 100 \$ 75 € 65 £	100 % bis zu 200 \$ 150 € 130 £	Volle Kostenerstattung
Kosten für: • Brillengläser • Kontaktlinsen • Brillenfassungen • verschriebene Sonnenbrillen	100 % bis zu 155 \$ 125 € 100 £	100 % bis zu 155 \$ 125 € 100 £	100 % bis zu 310 \$ 245 € 200 £

Zahnärztliche Behandlung

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen Maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer .	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

Ihre zahnärztlichen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Präventivbehandlung Erhältlich, nachdem der Anspruchsberechtigte 3 Monate lang im Rahmen dieser Option versichert war.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Routinebehandlung Erhältlich, nachdem der Anspruchsberechtigte 3 Monate lang im Rahmen dieser Option versichert war.	80 % Erstattung pro Versicherungsdauer	90% Erstattung pro Versicherungsdauer	Volle Kostenerstattung
Größere restaurative Behandlungen Nachdem der Anspruchsberechtigte 12 Monate lang im Rahmen dieser Option versichert war. Wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb der ersten 12 Monate einen Erstattungsantrag einreichen muss, werden 50 % erstattet.	70% Erstattung pro Versicherungsdauer	80 % Erstattung pro Versicherungsdauer	Volle Kostenerstattung
Kieferorthopädische Behandlung Für Anspruchsberechtigte bis zum Alter von 18 Jahren erhältlich, nachdem sie im Rahmen dieser Option 2 zusammenhängende Jahre versichert waren.	40% Erstattung pro Versicherungsdauer	50% Erstattung pro Versicherungsdauer	50% Erstattung pro Versicherungsdauer

Allgemeine Ausschlusskriterien

Die folgenden wesentlichen Ausschlusskriterien oder Einschränkungen gelten für die internationale Krankenversicherung und jede der Versicherungsoptionen. Wenn wir angegeben haben, dass wir eine Behandlung unter bestimmten Umständen zahlen, gilt dies vorbehaltlich der Bedingung, dass der Anspruchsberechtigte unter der entsprechenden Krankenversicherungsoption oder den entsprechenden Krankenversicherungsoptionen Versicherungsschutz hat.

Ausschlusskriterien, die für alle Versicherungsoptionen gelten

- Wir bieten keinen Versicherungsschutz an und gewähren keine Erstattungen, wenn dies gegen geltendes Recht verstößt. Dazu gehören insbesondere, jedoch nicht abschließend, Devisenkontrollen, lokale Lizenzierungsbestimmungen, Sanktionen oder Handelsembargos.
- Die Behandlung muss von einem Arzt empfohlen sein.
- Wir zahlen nicht für die Behandlung einer bereits bestehenden Erkrankung, die dem Versicherungsnehmer zu Beginn des Versicherungsschutzes bekannt war (oder vernünftigerweise hätte bekannt sein müssen) und die wir nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz aufgenommen haben.
- Wir zahlen nicht für die Behandlung von Krankheiten, die einem gesonderten Ausschlusskriterium unterliegen (wie auf Ihrer Versicherungsbescheinigung angegeben).
- Wir zahlen nicht für Behandlungen in Einrichtungen, die keine Krankenhäuser sind.
- Wir zahlen nicht für die Behandlung einer verbundenen Erkrankung, die aus Suchtstörungen und einer Art des Substanz- oder Alkoholkonsums- oder -missbrauchs resultiert.
- Wir übernehmen keine Kosten für Evakuierungen von Schiff zu Land.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen für oder im Zusammenhang mit Logopädie, die nicht restaurativer Natur ist.
- Wir zahlen nicht für künstliche Lebensverlängerung, wenn sie voraussichtlich nicht zur Genesung des Anspruchsberechtigten führt oder seinen vorherigen Gesundheitszustand wiederherstellt.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen, die durch Selbstmordversuche nötig sind oder damit zusammenhängen.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen von oder als Folge von Fettleibigkeit.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen, die aufgrund von oder im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit erforderlich sind, für Fruchtbarkeitsbehandlungen oder die Behandlung von Komplikationen aus derartigen Behandlungen, ausgenommen Untersuchungen bis zum Zeitpunkt der Diagnose der Unfruchtbarkeit.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen zum absichtlichen Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, die Schwangerschaft würde das Leben oder die mentale Stabilität der Mutter gefährden.



Wir zahlen nicht für Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft stehen. Wir zahlen keine Mutterschaftsleistungen:

- an Anspruchsberechtigte, die als Leihmutter fungieren, oder
- an eine andere Person, die als eine Leihmutter für einen Anspruchsberechtigten fungiert.
- Wir zahlen keine Neugeborenenpflegeleistungen für Kinder, die als Folge von Fruchtbarkeitsbehandlungen wie IVF geboren wurden, oder Kinder, die von einer Leihmutter entbunden oder adoptiert wurden. Für diese Kinder beginnt der Versicherungsschutz erst 90 Tage nach der Geburt und sie werden einer medizinischen Risikoprüfung unterzogen.
- Wir zahlen nicht für unterstützende Behandlungen für chronisches oder unheilbares Nierenversagen. Behandlungen zur Nierendialyse sind abgedeckt, sofern sie im Aufenthaltsland des Anspruchsberechtigten verfügbar sind.
- Wir zahlen keine präventiven Behandlungen.
- Wir zahlen keine Behandlungen außerhalb des gewählten Versicherungsgebiets.
- Wir übernehmen pro Kind, das anspruchsberechtigt ist, nur die Kosten für einen Besuch bei einem Arzt für Vorsorge pro angemessener Altersstufe und für bis zu 13 Besuche insgesamt.

Ausschlusskriterien, die speziell für den internationalen augen- und zahnärztlichen Versicherungsschutz gelten

- Wir zahlen keine Behandlungen, die rein kosmetisch sind, wie den Ersatz gesunder natürlicher Zähne durch ein Implantat oder eine Verblendung.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen, die für dauerhafte Mundgesundheit nicht erforderlich sind.
- Wir zahlen nicht für den Ersatz von verlorenen oder gestohlenen Dentalgeräten.
- Wir zahlen nicht für Verfahren, Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien, die von Cigna als medizinische Verfahren, Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien betrachtet werden (einschließlich Mundwasser), sowie Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien, die in einem Krankenhaus bereitgestellt werden (ausgenommen in Fällen, in denen die zahnärztliche Behandlung weder ganz noch teilweise den Grund für den Krankenhausaufenthalt darstellt).
- Wir zahlen für Sonnenbrillen nur dann, wenn sie medizinisch verschrieben werden.
- Wir zahlen weder für Gläser, die nicht medizinisch notwendig und von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben sind, noch für Fassungen für derartige Gläser.
- Wir zahlen keine medizinischen oder chirurgischen Behandlungen der Augen.
- Wir zahlen nicht für Behandlungen, deren Notwendigkeit sich durch die Teilnahme des Anspruchsberechtigten an illegalen Aktivitäten ergibt.

Ausschlusskriterien, die speziell für den internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport gelten

- Die Behandlung darf lokal nicht verfügbar sein.
- Die Behandlung muss im Rahmen der Versicherung abgedeckt sein.
- Der Anspruchsberechtigte muss für das Land, in dem er behandelt werden soll, Versicherungsschutz haben.
- Wir zahlen keine anderen Kosten im Zusammenhang mit der Evakuierung oder Rückführung, wie Taxifahrten oder Hotelunterbringung.
- Wir zahlen keine Reisekosten für eine Begleitperson, wenn der Zweck der Evakuierung in einer ambulanten Behandlung des Anspruchsberechtigten besteht.
- Wir zahlen keine Kosten für Beerdigung oder Einäscherung, Särge usw. oder die Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des Anspruchsberechtigten abholt oder begleitet.
- Wir zahlen keine Lebenshaltungskosten bei Krankenbesuchen, wenn entweder eine Evakuierung oder eine Rückführung stattgefunden hat.
- Wir zahlen keine zusätzlichen Übernachtungen im Krankenhaus, wenn ein Anspruchsberechtigter keine Behandlung mehr erhält und auf seinen Rückflug wartet.
- Wir zahlen keine Kosten für internationale Notfalldienste, die nicht im Voraus von dem medizinischen Assistenzdienst genehmigt wurden.
- Wir zahlen keine Kosten für internationale Dienste im Rahmen von Notfallevakuierungen, für den Rücktransport in das Heimatland aus medizinischen Gründen und Transportkosten von Dritten, wenn die benötigte Behandlung nicht im Rahmen der Krankenversicherung abgedeckt ist.