



Kunden- leitfaden

Alles, was Sie über Ihre
Krankenversicherung
wissen müssen



Ihre Cigna Global-Krankenversicherung

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Cigna Global-Krankenversicherung entschieden haben, um sich und Ihre Familie abzusichern. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, Ihnen dabei zu helfen, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern, und Ihnen ein Gefühl von Sicherheit zu geben. Alles, was wir tun, dient diesem Zweck.

Versicherungsschutz für Sie und Ihre Familie im Ausland

Sie haben eine Krankenversicherung gewählt, die Ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Wenn Sie in Ihrem Kundenleitfaden blättern und den vollen Umfang der von uns bereitgestellten Versicherungsleistungen entdecken, fallen Ihnen vielleicht einige fett gedruckte Begriffe auf. Diese Begriffe sind in Ihren Vertragsbedingungen klar definiert, um Missverständnisse zu vermeiden.

Bitte lesen Sie diesen **Kundenleitfaden** zusammen mit **Ihrer Versicherungsbescheinigung** und **Ihren Vertragsbedingungen** sorgfältig durch, da sie alle Bestandteil des **Vertrags** zwischen **Ihnen** und **uns** sind.

Wir hoffen, dass Sie in der Zwischenzeit die Gewissheit genießen, dass Sie und Ihre Familie schnellen Zugang zu ausgezeichneter medizinischer Versorgung haben – jederzeit und überall.

INHALT

Unser Kundenversprechen	4
Im Krankheitsfall	6
Was Sie wissen müssen	11
Ihre Leistungen im Detail	14
Kontakt	37

Unser Kundenversprechen

Wir sind stolz darauf, Ihnen einen außergewöhnlichen Kundendienst anzubieten. Unser Versprechen an Sie:

- Sie können kostenlos mit unserem erfahrenen Kundendienst sprechen.
- Sie erhalten über unser umfangreiches Netzwerk schnellen und einfachen Zugang zu medizinischen Einrichtungen und medizinischem Fachpersonal auf der ganzen Welt.
- In den meisten Fällen rechnen wir die Kosten mit Ihrem Gesundheitsdienstleister direkt ab. Sollten Sie die Behandlung einmal selbst bezahlen müssen, bemühen wir uns, Ihnen die Kosten innerhalb von 5 Werktagen zu erstatten.
- Sie können die Bezahlung in über 135 Währungen erhalten.

Das alles ist möglich durch:

- vier integrierte Kundendienst-Servicezentren in der ganzen Welt, gebührenfreien Telefondienst rund um die Uhr mit medizinischer Beratung, Unterstützung und Verwaltungsdienst
- ein beispielloses globales Netzwerk aus mehr als 1 Million hochwertiger Dienstleister, darunter 5.600 Krankenhäuser, 667.400 Ärzte, 235.500 Zahnarztpraxen und 108.000 Verhaltenstherapeuten
- ein einfaches Kostenerstattungssystem, durch das Sie in vielen Fällen ohne Bezahlung behandelt werden können, indem Sie einfach zuerst unseren Kundendienst anrufen
- einen sicheren Kundenbereich, der Ihnen Zugang zu länderspezifischen Ratschlägen für das jeweilige Gesundheitswesen und zu Ihren Krankenversicherungsdokumenten bietet

Haben Sie Fragen zur **Behandlung**, zu **Ihrem Vertrag** oder benötigen **Sie** einfach einen Rat?

Rufen Sie uns an unter +49 (0) 69 2995 71426
oder schicken Sie uns ein Fax an +44(0)1475 492113
oder eine E-Mail cignaglobal_customer.care@cigna.com

Kunden, die aus Hongkong anrufen, müssen zuerst den Zugangscod 0800 96 1111 wählen.
Kunden, die aus Singapur anrufen, müssen zuerst den Zugangscod 800 0111 1111 wählen.



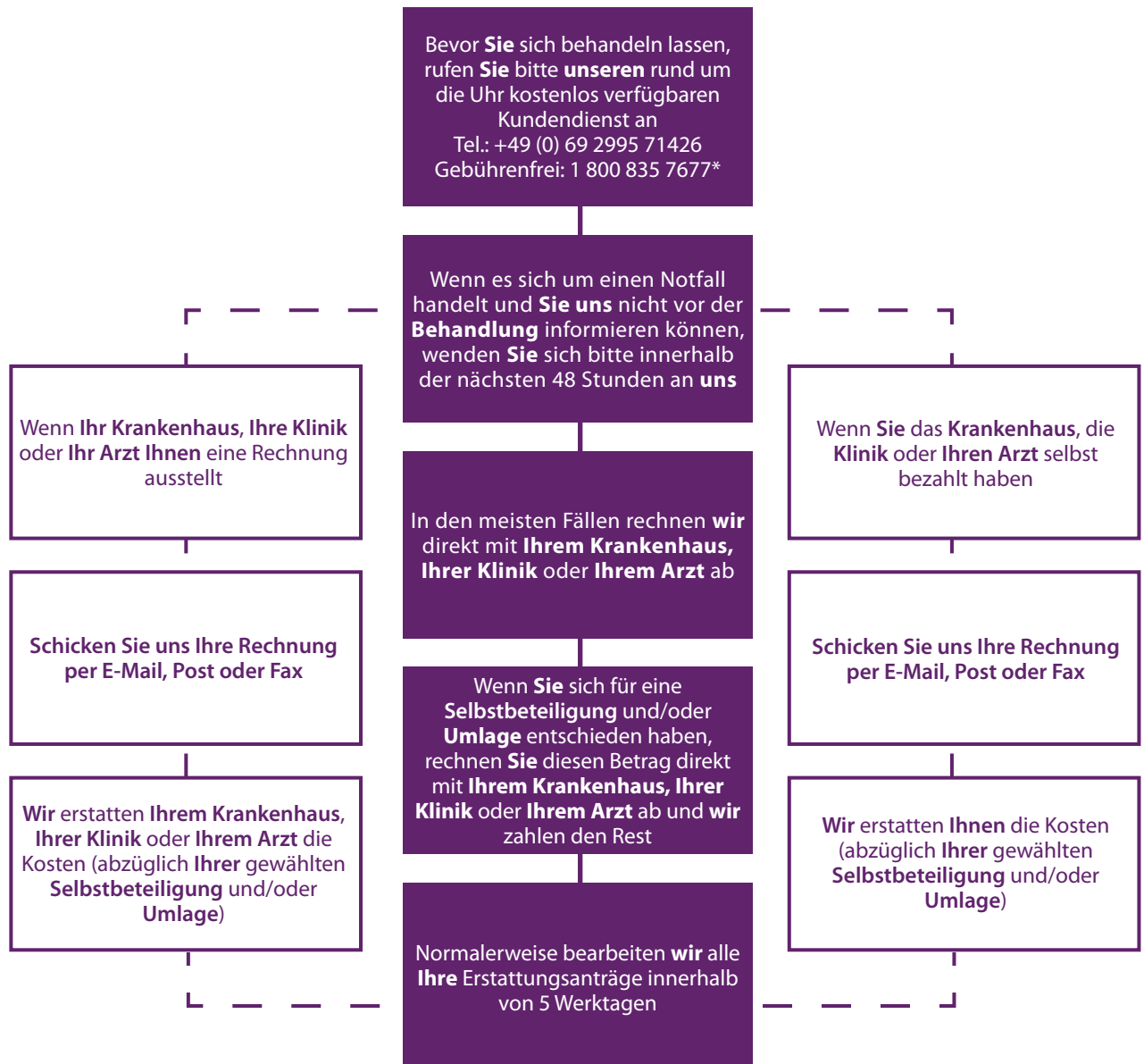
Im Krankheitsfall

Vorherige Genehmigung

Vor einer **Behandlung** wenden **Sie** sich bitte an **unseren** Kundendienst. **Wir** können **Ihnen** beim Aufstellen **Ihres** Behandlungsplans helfen und **Ihnen** die zeitraubende Suche nach einem **Krankenhaus**, einer **Klinik** oder einem **Arzt** abnehmen. Außerdem können **wir** in den meisten Fällen eine Direktabrechnung mit **Ihrem** Behandlungsdienstleister vereinbaren. So bleiben **Ihnen** Umstände erspart und **Sie** können sich ganz auf **Ihre** Gesundheit konzentrieren.

Kostenrückerstattungen beantragen

Das nachstehende Diagramm zeigt den Prozess für **Behandlungen** und Kostenrückerstattungen. Falls **Sie** eine medizinische **Behandlung** benötigen, wenden **Sie** sich bitte an **unser** Kundendienstteam. **Unsere** Experten stehen **Ihnen** zur Verfügung, um **Ihren** Behandlungsplan mit **Ihnen** zu besprechen und direkt mit **Ihrem** Behandlungsdienstleister Verbindung aufzunehmen, um eine **Zahlungsgarantie** zu vereinbaren und zu gewährleisten, dass die **Behandlung**, der **Sie** sich unterziehen werden, von **Ihrer** Krankenversicherung abgedeckt ist. **Uns** ist bewusst, dass es nicht immer möglich ist, **uns** vor der Durchführung von **Notfallbehandlungen** zu kontaktieren. **Wir** bitten **Sie** jedoch darum, **uns** so bald wie möglich zu informieren, damit **wir** die direkte Abrechnung mit **Ihrem** Dienstleister vereinbaren und bestätigen können, ob die **Behandlung** von **Ihrer** Versicherung abgedeckt ist.



*Eventuell müssen **Sie** in **Ihrem** Land einen Zugangscode verwenden.

Einzelheiten finden Sie in der AT&T-Broschüre in Ihrem Willkommenspaket.

Kunden, die aus Hongkong anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 0800 96 1111 wählen.

Kunden, die aus Singapur anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 800 0111 1111 wählen.

Vor der Behandlung

Rufen **Sie unser** Kundendienstteam kostenlos unter der folgenden Nummer an: +49 (0) 69 2995 71426 oder gebührenfrei: 1 800 835 7677*. Nur so ist gewährleistet, dass eine Kostenrückerstattung unter **Ihrer** Krankenversicherung möglich ist.

Nach der Behandlung

Wenn **Sie Ihre Behandlung** selbst bezahlt haben, schicken **Sie uns** die Rechnung und **Ihr** Erstattungsformular an:

Für **Behandlungen** außerhalb der **USA, Hongkong oder Singapur**:

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

Für Kostenrückerstattungen für **Behandlungen**, die außerhalb der **USA, Hongkong oder Singapur** durchgeführt wurden, müssen **Sie uns** innerhalb von 90 Tagen nach der **Behandlung** schriftlich die Einzelheiten des Erstattungsantrags mitteilen. Wenn **uns** nicht innerhalb von 90 Tagen schriftliche Einzelheiten der **Behandlung** vorliegen, wird der Erstattungsantrag für ungültig erklärt.

Wichtige Informationen für Behandlungen in den USA, Hongkong oder Singapur

Wenn **Sie Ihre Behandlung** selbst bezahlt haben, schicken **Sie uns Ihre** Rechnung und **Ihr** Erstattungsformular an:

Für **Behandlungen** in den **USA**:

Cigna International
PO Box 15964
Wilmington
Delaware 19850
USA

Lassen **Sie** sich in den **USA** von einem **Krankenhaus**, einem **Arzt** oder einer **Klinik** behandeln, die nicht zum Netzwerk von **Cigna** gehören, wird die Zahlung **unsererseits** um 20 % reduziert. Manchmal ist es ortsbedingt oder in einem Notfall nicht möglich, eine **Behandlung** von einem Mitglied des **Cigna**-Netzwerks zu erhalten. In diesen Fällen gilt die Reduzierung von 20 % nicht.

Für **Behandlungen** in **Hongkong**:

Cigna Global Health Options
Cigna Worldwide Life Insurance Company
Customer Service
25F, Sunning Plaza
Causeway Bay
Hongkong

Für **Behandlungen** in **Singapur**:

Cigna Global Health Options
Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (Singapore Branch)
152 Beach Road
#26-05 The Gateway East
Singapur 189721

Erstattungsformulare

Erstattungsformulare sind in **Ihrem** Willkommenspaket enthalten. **Sie** können sie auch aus **Ihrem** sicheren Kundenbereich oder unter www.cignaglobal.com herunterladen.

Wie wir zahlen

Unter bestimmten Umständen willigen **wir** im Voraus ein, die Kosten einer **Behandlung** ganz oder teilweise zu übernehmen, indem **wir** dem **Anspruchsberechtigten, Krankenhaus, Arzt** oder der **Klinik** eine **Zahlungsgarantie** geben. Wenn ein **Krankenhaus, Arzt** oder eine **Klinik** bereit ist, direkt mit **uns** abzurechnen, bezahlen **wir** sie direkt, solange die **Behandlung** von **Ihrer** Krankenversicherung abgedeckt ist. Ebenso bezahlen **wir** das **Krankenhaus**, den **Arzt** oder die **Klinik** direkt, sofern **uns** dies möglich ist, wenn dem **Anspruchsberechtigten** eine Rechnung ausgestellt worden ist.

Wenn **Sie Ihre Behandlung** selbst bezahlen müssen, können **wir Ihnen** die Kosten folgendermaßen erstatten:

Banküber-
weisung

Scheck

*Eventuell müssen **Sie** in **Ihrem** Land einen Zugangscode verwenden. Einzelheiten finden Sie in der AT&T-Broschüre in Ihrem Willkommenspaket.

Kunden, die aus Hongkong anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 0800 96 1111 wählen.
Kunden, die aus Singapur anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 800 0111 1111 wählen.

Hinweise zu Behandlungen und Kostenrückerstattungen

Vorherige Genehmigung

Alle **Behandlungen** müssen vorab von **uns** genehmigt werden. Andernfalls können Verzögerungen bei der Bearbeitung von Erstattungsanträgen auftreten oder **wir** lehnen es möglicherweise sogar ab, die Kosten ganz oder teilweise zu erstatten.

Uns ist bewusst, dass es Situationen gibt, in denen sich ein **Anspruchsberechtigter** nur schwer oder gar nicht zur vorherigen Genehmigung an **uns** wenden kann (zum Beispiel in Notfällen oder wenn ein Familienmitglied plötzlich erkrankt und so schnell wie möglich behandelt werden muss). Unter derartigen Umständen bitten **wir Sie** oder den betroffenen **Anspruchsberechtigten**, sich mit **uns** innerhalb von 48 Stunden nach der **Behandlung** in Verbindung zu setzen, damit **wir** bestätigen können, ob die anschließende **Behandlung** von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt ist. So können **wir** gewährleisten, dass der **Anspruchsberechtigte** seine Krankenversicherungsleistungen optimal nutzt. **Wir** benötigen in solchen Situationen von **Ihnen** eine Erklärung dazu, warum die **Behandlung** dringend erforderlich war, und verlangen möglicherweise Nachweise dafür. Wenn **wir** zustimmen, dass es nicht möglich oder praktikabel war, eine vorherige Genehmigung einzuholen, erstatten **wir** die Kosten der anfänglichen dringenden **Behandlung** (einschließlich aller verschriebenen Medikamente und innerhalb der **Vertragsbedingungen**).

Wird ein **Anspruchsberechtigter** durch ein **Krankenhaus**, einen **Arzt** oder eine **Klinik** behandelt, die nicht zum **Cigna**-Netzwerk gehört, können **wir** vereinbaren, dass der **Anspruchsberechtigte** (mit seiner Zustimmung) zur Fortsetzung der **Behandlung** an ein **Krankenhaus**, einen **Arzt** oder eine **Klinik** des **Cigna**-Netzwerks überwiesen wird, sobald dies aus medizinischer Sicht unbedenklich ist.

Wenn **Behandlungen** nicht vorab genehmigt wurden, zahlen **wir** nur den Betrag, den **wir** auch gezahlt hätten, wenn die vorherige Genehmigung eingeholt worden wäre. Wird nichts Gegenteiliges nachgewiesen, gehen **wir** davon aus, dass die Behandlungskosten reduziert worden wären.

Wir werden den Betrag, den **wir** zahlen, um folgende Prozentsätze reduzieren:

- 50 % wenn **Sie** für **Behandlungen** in den **USA**, bei denen dies erforderlich ist, keine vorherige Genehmigung eingeholt haben
- 20 % wenn **Sie** für **Behandlungen** außerhalb der **USA** keine vorherige Genehmigung eingeholt haben

Behandlungen in den USA

Wenn eine Genehmigung vorab eingeholt wird, der **Anspruchsberechtigte** jedoch entscheidet, sich von einem **Krankenhaus**, **Arzt** oder einer **Klinik** behandeln zu lassen, die nicht zum **Cigna**-Netzwerk gehört, reduzieren **wir** den Betrag, den **wir** zahlen, um 20 %. Eine Liste der **Krankenhäuser**, **Kliniken** und **Ärzte** des Netzwerks von **Cigna** ist auf Anfrage erhältlich.

Es kann Situationen geben, in denen es vernünftigerweise nicht möglich ist, dass **Behandlungen** durch ein **Krankenhaus**, einen **Arzt** oder eine **Klinik** des **Cigna**-Netzwerks erfolgen. In diesen Fällen reduzieren **wir** die Zahlungen **unsererseits** nicht. Beispiele:

- Es gibt kein **Krankenhaus**, keinen **Arzt** oder keine **Klinik** des **Cigna**-Netzwerks im Umkreis von 30 Meilen/50 Kilometern der Privatanschrift des **Anspruchsberechtigten** und
- die **Behandlung**, die der **Anspruchsberechtigte** benötigt, ist nicht bei einem lokalen **Krankenhaus**, einem **Arzt** oder einer **Klinik** des **Cigna**-Netzwerks erhältlich.

Behandlungen außerhalb der USA, Hongkong oder Singapur

Um eine Kostenrückerstattung zu beantragen, muss ein **Anspruchsberechtigter** sich innerhalb von 90 Tagen des Datums der **Behandlung** schriftlich an **uns** wenden und die Einzelheiten zum Erstattungsantrag auf einem Erstattungsformular von **Cigna** angeben. Erstattungsformulare und Unterlagen bezüglich einer **Behandlung** außerhalb der **USA** müssen an die folgende Anschrift geschickt werden. Bitte geben **Sie** die Vertragsnummer auf allen Dokumenten deutlich lesbar an.

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

Wenn **uns** innerhalb von 90 Tagen keine Einzelheiten zu dem Erstattungsantrag schriftlich vorliegen, wird der Erstattungsantrag als ungültig betrachtet. Es sei denn, es wird nachgewiesen, dass schriftliche Einzelheiten so bald wie vernünftigerweise möglich im Anschluss eingereicht wurden.

In jedem Fall müssen **uns** schriftliche Nachweise eines Erstattungsantrags innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der **Behandlung** vorgelegt werden, für die der Erstattungsantrag erfolgt. Die eingereichten Nachweise müssen das Datum, die Art und den Umfang der **Behandlung** und die als Folge davon entstandenen Kosten ausweisen. Wenn **uns** schriftliche Einzelheiten und Nachweise für den Erstattungsantrag nicht innerhalb von 6 Monaten des Datums der **Behandlung** vorliegen, wird der Erstattungsantrag nicht bezahlt.

Wir benötigen möglicherweise zusätzliche Informationen zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags, wie zum Beispiel:

- Krankenberichte über den Gesundheitszustand des **Anspruchsberechtigten**.
- die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchung, die **wir** unter Umständen verlangen und bezahlen.

Behandlungen in den USA, Hongkong oder Singapur

Wenn ein **Anspruchsberechtigter** die Erstattung von Kosten für **Behandlungen** in den **USA** beantragt, ist möglicherweise eine **Bescheinigung vor Einweisung (PAC)** und die **Überprüfung eines längeren Aufenthalts (CSR)** erforderlich. Der **Anspruchsberechtigte** wird bezüglich der **PAC** für jede **stationäre** oder **teilstationäre** Krankenhauseinweisung in den **USA** an **CareAllies** überwiesen. Der **Anspruchsberechtigte** muss die **PAC** mit **CareAllies** entweder besprechen,

- bevor er ins **Krankenhaus** eingewiesen wird, oder
- bei einer **Notfallbehandlung** bis zum Ende des ersten Werktages nach seiner Einweisung ins **Krankenhaus**.

Der **Anspruchsberechtigte** muss dafür sorgen, dass der **Arzt**, der die **Behandlung** ausführen soll, die **PAC** ausfüllt und anschließend an **CareAllies** sendet. **CareAllies** wird dem **Anspruchsberechtigten** die Länge des vereinbarten Aufenthalts mitteilen. Wenn der **Anspruchsberechtigte** länger als von **CareAllies** bewilligt **stationär** behandelt werden muss, muss der **Arzt**, der die **Behandlung** durchführt, eine **CSR** für die zusätzlichen Tage beantragen. Bei einer **stationären** Notfalleinweisung muss der behandelnde **Arzt** den Kundendienst informieren, der ihn dann bezüglich einer Einweisungsbescheinigung an **CareAllies** weiterleitet.

Erstattungsformulare und Unterlagen bezüglich einer **Behandlung** in den **USA** müssen an die folgende Anschrift geschickt werden. Bitte geben **Sie** auf allen Dokumenten die Vertragsnummer deutlich lesbar an.

Cigna International
Postfach 15964
Wilmington
Delaware 19850
USA

Erstattungsformulare und Unterlagen bezüglich einer **Behandlung** in Hongkong müssen an die folgende Anschrift geschickt werden:

Cigna Global Health Options
Cigna Worldwide Life Insurance Company
Customer Service
25F, Sunning Plaza
Causeway Bay
Hongkong

Erstattungsformulare und Unterlagen bezüglich einer **Behandlung** in Singapur müssen an die folgende Anschrift geschickt werden:

Cigna Global Health Options
Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V.
(Singapore Branch)
152 Beach Road
#26-05 The Gateway East
Singapur 189721

Um eine Kostenrückerstattung zu beantragen, muss sich ein **Anspruchsberechtigter** innerhalb von 90 Tagen nach dem Datum der **Behandlung** schriftlich an **uns** wenden. Wenn **uns** innerhalb von 90 Tagen keine Einzelheiten zu dem Erstattungsantrag schriftlich vorliegen, wird der Erstattungsantrag als ungültig betrachtet, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass schriftliche Einzelheiten so bald wie vernünftigerweise möglich im Anschluss eingereicht wurden.

In jedem Fall müssen **uns** schriftliche Nachweise eines Erstattungsantrags innerhalb von 6 Monaten nach dem Datum der **Behandlung** vorgelegt werden, für die der Erstattungsantrag erfolgt. Die eingereichten Nachweise müssen das Datum, die Art und den Umfang der **Behandlung** und die als Folge davon entstandenen Kosten ausweisen. Wenn **uns** schriftliche Einzelheiten und Nachweise für den Erstattungsantrag nicht innerhalb von 6 Monaten des Datums der **Behandlung** vorliegen, wird der Erstattungsantrag nicht bezahlt.

Wir benötigen möglicherweise zusätzliche Informationen zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags, wie zum Beispiel:

- Krankenberichte über den Gesundheitszustand des **Anspruchsberechtigten**.
- die Ergebnisse einer unabhängigen medizinischen Untersuchungen, die **wir** unter Umständen verlangen und bezahlen.

Wie wir Erstattungsanträge bezahlen

Unter bestimmten Umständen geben **wir** einem **Anspruchsberechtigten** oder einem **Krankenhaus**, einem **Arzt** oder einer **Klinik** eine **Zahlungsgarantie**. Das bedeutet, dass **wir** im Voraus einwilligen, die Kosten einer bestimmten **Behandlung** ganz oder teilweise zu übernehmen. Wenn **wir** eine **Zahlungsgarantie** gegeben haben, bezahlen **wir** dem **Anspruchsberechtigten** oder dem **Krankenhaus**, **Arzt** oder der **Klinik** nach Bereitstellung der **Behandlung** den vereinbarten Betrag bei Eingang eines entsprechenden Antrags und einer Kopie der zugehörigen Rechnung.

Einige **Krankenhäuser**, **Ärzte** oder **Kliniken** sind bereit, direkt mit **uns** abzurechnen. Wenn die **Behandlung** unter der Krankenversicherung abgedeckt ist, muss **uns** das **Krankenhaus**, der **Arzt** oder die **Klinik** die Originalrechnung schicken und **wir** bezahlen sie direkt.

Wenn ein **Krankenhaus**, ein **Arzt** oder eine **Klinik** eine Rechnung direkt an einen **Anspruchsberechtigten** ausstellt und das **Krankenhaus**, der **Arzt** oder die **Klinik** nicht bezahlt worden ist, muss der **Anspruchsberechtigte** die Originalrechnung an **uns** schicken und **wir** werden alle Zahlungen im Rahmen dieser Versicherung mit dem **Krankenhaus**, dem **Arzt** oder der **Klinik** direkt abrechnen.

Wenn das **Krankenhaus**, der **Arzt** oder die **Klinik** eine Rechnung direkt an einen **Anspruchsberechtigten** ausstellt und die Rechnung bezahlt wurde, kann der **Anspruchsberechtigte uns** die Originalrechnung und eine Quittung über die Zahlung schicken, die an das **Krankenhaus**, den **Arzt** oder die **Klinik** erfolgt ist. **Wir** erstatten dem **Anspruchsberechtigten** anschließend alle Anteile der Behandlungskosten, die von seiner Krankenversicherung abgedeckt werden.

In jedem Fall werden **wir** nur die Anteile der entstandenen Kosten zahlen, die abgedeckt sind. **Wir** informieren **Sie**, falls **wir** glauben, dass ein bestimmter Anteil der Kosten nicht abgedeckt ist.

Erstattungsanträge können elektronisch per E-Mail oder Fax eingereicht werden. Das Originalpapierdokument muss jedoch trotzdem per Post an **uns** geschickt werden. **Unsere** Kontaktinformationen finden **Sie** auf Seite 6 unter „Im Krankheitsfall“.

Wir werden die folgenden Kosten im Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag übernehmen:

Behandlungen und Erkrankungen, die in der internationalen Krankenversicherung (oder einer zusätzlichen gewählten Vertragsoption) enthalten sind und während der Versicherungsdauer des **Anspruchsberechtigten** auftreten bzw. stattfinden.

Wir übernehmen die Kosten für abgeschlossene **Behandlungen**, jedoch nicht für zukünftige **Behandlungen**, die Anzahlungen oder Vorauszahlungen erfordern.

Kosten, die im Abschnitt „**Leistungen**“ des zum Zeitpunkt der Behandlung des **Anspruchsberechtigten** gültigen **Kundenleitfadens** aufgeführt sind.

Medizinisch notwendige und klinische angemessene **Behandlungen** für den **Anspruchsberechtigten**.

Angemessene und übliche Kosten für **Behandlungen** sowie Dienstleistungen im Zusammenhang mit **Behandlungen**, die in der **Liste der Leistungen** aufgeführt sind. **Wir** zahlen derartige Behandlungskosten in Übereinstimmung mit den angemessenen Honoraren am Ort der **Behandlung** und nach etablierter klinischer und medizinischer Praxis.

Strenge Einhaltung des Erstattungsverfahrens

Anspruchsberechtigte müssen das in diesem Abschnitt beschriebene Erstattungsverfahren für jeden Erstattungsantrag in allen Punkten befolgen. Andernfalls werden **wir** die **Leistungen** reduzieren oder die Kosten nicht wie oben beschrieben erstatten.

Was Sie wissen müssen

Was Ihre Ausschlusskriterien bedeuten

Ausschlüsse sind Kosten oder **Behandlungen**, die von **Ihrer** Krankenversicherung nicht abgedeckt werden. Bitte schlagen **Sie** in **Ihren Vertragsbedingungen** die Liste der Allgemeinen Ausschlusskriterien nach, die für alle Krankenversicherungen und Optionen von Cigna Global Health Options gelten. Wenn für **Ihre** individuelle Krankenversicherung besondere Ausschlüsse gelten, sind diese auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung** aufgeführt. Wenn **Sie** Fragen zu Ausschlusskriterien und ihrer Bedeutung haben, rufen **Sie uns** bitte unter der Rufnummer +49 (0) 69 2995 71426 oder gebührenfrei unter 1 800 835 7677* an.

Sie verstehen einige Wörter und Begriffe nicht?

Machen **Sie** sich keine Sorgen, wenn **Sie** nicht wissen, was einige der Begriffe in diesem Leitfaden bedeuten. In **Ihren Vertragsbedingungen** ist eine praktische Liste mit Definitionen enthalten.

Zahlung Ihrer Beiträge

Sie können **Ihre** Beiträge entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zahlen. **Sie** können mit Debit- oder Kreditkarte zahlen oder, wenn **Sie** jährlich zahlen, **Ihren** Beitrag überweisen.

Verlängerung Ihres Vertrags

Wir melden **uns** einen Monat vor Ende **Ihrer Versicherungsdauer**, um herauszufinden, ob **Sie Ihren Vertrag** verlängern möchten, und teilen **Ihnen Ihren Beitrag** für die bevorstehende **Versicherungsdauer** mit. Entscheiden **Sie** sich für eine Verlängerung, müssen **Sie** nichts weiter tun – **Ihr** Versicherungsschutz wird automatisch um weitere 12 Monate verlängert.

Stornierung Ihres Vertrags

Wenn **Sie** diesen **Vertrag** kündigen und den Versicherungsschutz aller **Anspruchsberechtigten** aufheben möchten, können **Sie** dies jederzeit tun, indem **Sie uns** mindestens sieben Tage vorher schriftlich über **Ihre** Absicht informieren.

Änderung Ihrer Anspruchsberechtigten

Wenn kein **qualifizierendes Lebensereignis** vorliegt, können **Sie Anspruchsberechtigte** nur aufnehmen oder streichen lassen, wenn **Ihr** Versicherungsschutz am Ende einer jährlichen **Versicherungsdauer** verlängert wird. Wenn ein **qualifizierendes Lebensereignis** wie Heirat, Scheidung oder die Geburt eines Kindes eingetreten ist, können **Sie** jederzeit während Ihrer jährlichen **Versicherungsdauer** einen **Anspruchsberechtigten** hinzufügen oder entfernen. Wenn **Sie** einen **Anspruchsberechtigten** hinzufügen, entfernen oder ändern lassen möchten, rufen **Sie** einfach den Kundendienst an, der **Ihnen** gerne weiterhilft.

Änderung Ihrer Leistungen

Wenn **Sie Ihre Leistungen** ändern möchten, können **Sie** dies zu **Ihrem jährlichen Verlängerungszeitpunkt** tun. Bitte wenden **Sie** sich an den Kundendienst, der **Ihnen** gerne weiterhilft und die verschiedenen Leistungsoptionen und eventuell zusätzlich zu zahlende Beiträge mit **Ihnen** bespricht.

Online-Kundenbereich

Als Kunde von **Cigna** haben **Sie** über **unseren** sicheren Kundenbereich Zugang zu einer Fülle von Informationen. Dort können **Sie** folgende Informationen einsehen:

- **Ihre Versicherungsbescheinigung** mit allen **Leistungen** sowie allen geltenden Ausschlüssen und zahlbaren Beiträgen
- Mitgliedskarten für alle Personen, die Versicherungsschutz im Rahmen **Ihrer** Krankenversicherung genießen
- die **Vertragsbedingungen** für **Ihren Vertrag**
- Länderleitfaden mit Sicherheits- und kulturellen Informationen für viele Ziele in aller Welt
- Verzeichnis der **Krankenhäuser, Ärzte** und **Kliniken**.

*Eventuell müssen **Sie** in **Ihrem** Land einen Zugangscode verwenden. Einzelheiten finden Sie in der AT&T-Broschüre in **Ihrem** Willkommenspaket.

Kunden, die aus Hongkong anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 0800 96 1111 wählen.

Kunden, die aus Singapur anrufen, müssen zuerst den Zugangscode 800 0111 1111 wählen.

Selbstbeteiligung, Umlage und maximale Zuzahlung

Beispiel 1

Selbstbeteiligung:

SELBSTBETEILIGUNGEN
(auch als Selbstbehalt bezeichnet) 

Das ist der Betrag, den Sie pro Versicherungsdauer selbst für Ihre Behandlungskosten übernehmen

ERSTATTUNGSANTRAG ÜBER
1.200 \$

SELBSTBETEILIGUNG 500 \$	WIR ZAHLEN 700 \$
---	------------------------------------

WAS DAS FÜR SIE BEDEUTET...
Sie zahlen nur die Selbstbeteiligung. Wir zahlen den Rest

Beispiel 2

Umlage und maximale Zuzahlung nach Selbstbeteiligung

(wenn die Umlage unter der maximalen Zuzahlung liegt)

UMLAGE UND MAXIMALE ZUZAHUNG 

Die Umlage ist der Prozentsatz jedes Erstattungsantrags, den Sie bezahlen. Die maximale Zuzahlung ist der maximale Betrag, den Sie als Umlage pro Versicherungsdauer bezahlen müssten.

ERSTATTUNGSANTRAG ÜBER
5.000 \$

SELBSTBETEILIGUNG 0 \$	20 % UMLAGE 1.000 \$	MAXIMALE ZUZAHUNG 2.000 \$
---	---------------------------------------	---

WIR ZAHLEN
4.000 \$

WAS DAS FÜR SIE BEDEUTET...
Ihre Umlage beträgt 20 % von 5.000 \$ (1.000 \$). Das ist weniger als Ihre maximale Zuzahlung, also zahlen Sie 1.000 \$ und wir den Rest.

Beispiel 3

Umlage und maximale Zuzahlung nach Selbstbeteiligung

(wenn die Umlage über der maximalen Zuzahlung liegt)



Beispiel 4

Selbstbeteiligung, Umlage und maximale Zuzahlung nach Selbstbeteiligung



Hinweis: **Selbstbeteiligung, Umlage** und **maximale Zuzahlung** werden für jeden **Anspruchsberechtigten** und jede **Versicherungsdauer** separat vereinbart.

Ihre Leistungen im Detail

Bei der Zusammenstellung **Ihrer** individuellen Cigna Global-Krankenversicherung haben **Sie** möglicherweise zusätzliche **Leistungen** zu **Ihrer** Basisdeckung, der Internationalen Krankenversicherung, gewählt. In diesem Abschnitt erklären **wir** detailliert, welchen Versicherungsschutz **Sie** bei welcher Option erhalten. Um sich zu vergewissern, welche **Leistungen Sie** gewählt haben, können **Sie** einfach einen Blick auf **Ihre Versicherungsbescheinigung** werfen.

Die folgenden **Leistungen** und alle zusätzlich gewählten Optionen werden vorbehaltlich aller Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse dieses **Vertrags** bereitgestellt (einschließlich der Allgemeinen Ausschlusskriterien in

den **Vertragsbedingungen**, spezieller Ausschlüsse in der Leistungstabelle und aller gesonderten Ausschlusskriterien auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung**). Die **Liste der Leistungen** in diesem **Kundenleitfaden** enthält alle Einschränkungen, die für die **Leistungen** gelten.

Die **Leistungen** im Rahmen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante **Behandlungen**, für den Krankentransport, für Gesundheit und Wohlbefinden und für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** sind nur erhältlich, wenn **Sie** diese zusätzlich zu **Ihrer** Basisdeckung aus der internationalen Krankenversicherung gekauft haben.



Internationale Krankenversicherung

Sie können zwischen drei verschiedenen Tarifen wählen: Silver, Gold und Platinum.

Wählen Sie **Ihren** Tarif aus der nachstehenden Tabelle. Alle Beträge gelten pro **Anspruchsberechtigten** und pro **Versicherungsdauer** (sofern nicht anderweitig angegeben).

Die internationale Krankenversicherung ist **Ihr** grundlegender Versicherungsschutz für **stationäre, ambulante** und Unterbringungskosten sowie für Krebs- und psychiatrische **Behandlungen** und vieles mehr. Unsere Tarife Gold und Platinum bieten **Ihnen** außerdem Versicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen.

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 Behandlungen • Aufwachraum	Volle Kostenerstattung bei Zweibettzimmer	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Krankenhausgebühren für: • Operationssaal • verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial für stationäre oder teilstationäre Behandlungen • 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 chirurgische Eingriffe	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
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 (ohne erweiterte medizinische Bildgebung) Für stationär, teilstationär oder ambulant vorgenommene Untersuchungen	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Erweiterte medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans) Wir bezahlen 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 stationär oder teilstationär erfolgende Behandlungen .	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

Internationale Krankenversicherung

Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Interne Prothesen/chirurgische und medizinische Geräte Wir zahlen: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Bei Erwachsenen zahlen wir eine externe Prothese. Bei Kindern bis 16 Jahre zahlen wir die erste Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen.</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	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 £
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.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Stationäre Geldleistungen Der Anspruchsberechtigten erhält von uns stationäre Geldleistungen, wenn er <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. Pro Nacht bis zu 30 Übernachtungen pro Versicherungsdauer .	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
Zahnärztliche Notfallbehandlung Zahnärztliche Behandlung im Krankenhaus nach einem schweren Unfall.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Ihre psychiatrische Behandlung	Silver	Gold	Platinum
Psychiatrische Behandlung Wir zahlen: <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 ambulant Behandlungen.</p> <p>Während der Versicherungsdauer ist eine kombinierte maximale Anzahl von 90 Tagen abgedeckt einschließlich bis zu 30 Tage 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 Behandlungen 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
Krebsbehandlung Wir zahlen für aktive und evidenzbasierte Behandlungen , die für oder im Zusammenhang mit Krebserkrankungen durchgeführt werden, einschließlich Chemotherapie, Strahlentherapie, Onkologie, diagnostische Tests und Medikamente, ganz gleich ob der Anspruchsberechtigte in einem Krankenhaus übernachtet oder teilstationär oder ambulant behandelt wird.	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung

Internationale Krankenversicherung

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>	<p><i>Kein Versicherungsschutz</i></p>	<p>7.000 \$ 5.500 € 4.500 £</p>	<p>14.000 \$ 11.000 € 9.000 £</p>
<p>Schwangerschaftskomplikationen Erhältlich, sobald die Mutter 10 Monate oder länger unter dem Vertrag versichert war.</p> <p>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>	<p><i>Kein Versicherungsschutz</i></p>	<p>14.000 \$ 11.000 € 9.000 £</p>	<p>28.000 \$ 22.000 € 18.000 £</p>
<p>Hausgeburten Erhältlich, sobald die Mutter 10 Monate oder länger unter dem Vertrag versichert war. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.</p>	<p><i>Kein Versicherungsschutz</i></p>	<p>500 \$ 370 € 335 £</p>	<p>1.100 \$ 850 € 700 £</p>
<p>Neugeborenenpflegeleistungen Wenn mindestens ein Elternteil mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt des Neugeborenen unter dem Vertrag abgedeckt war.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bis zu dem aufgeführten Höchstbetrag für Behandlungen innerhalb der ersten 90 Tage nach der Geburt.</p>	<p>25.000 \$ 18.500 € 16.500 £</p>	<p>75.000 \$ 55.500 € 48.000 £</p>	<p>156.000 \$ 122.000 € 100.000 £</p>
<p>Angeborene Krankheiten Wenn Behandlungen stationär oder teilstationär erfolgen und die angeborene Krankheit sich vor dem 18. Geburtstag des Anspruchsberechtigten manifestiert hat.</p> <p>Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>20.000 \$ 14.800 € 13.300 £</p>	<p>39.000 \$ 30.500 € 25.000 £</p>
Ihre Selbstbeteiligungs- und Umlageoptionen	Silver	Gold	Platinum
<p>Selbstbeteiligung (optional) 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 \$ 0 € / 275 € / 550 € / 1.100 € / 2.200 € / 5.500 € / 7.400 € 0 £ / 250 £ / 500 £ / 1.000 £ / 2.000 £ / 5.000 £ / 6.650 £</p>	
<p>Umlage und maximale Zuzahlung 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>	

Hinweise zu Ihrer internationalen Krankenversicherung

Unterbringung bei stationären oder teilstationären Behandlungen und Aufwachraum

- **Wir** zahlen:
 - Pflege und Unterbringung bei **stationären** oder **teilstationären Behandlungen** eines **Anspruchsberechtigten**
 - bei Bedarf die Gebühren für einen Behandlungsraum, während ein **Anspruchsberechtigter ambulant** operiert wird.
- **Wir** zahlen diese Kosten nur, wenn:
 - es für den **Anspruchsberechtigten medizinisch notwendig** ist, **stationär** oder **teilstationär** behandelt zu werden
 - die Dauer seines Krankenhausaufenthalts medizinisch angemessen ist
 - die erhaltene **Behandlung** von einem **Spezialisten** bereitgestellt oder überwacht wird und
 - er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer untergebracht ist (gilt nur für die Tarife Gold und Platinum)
 - er in einem Zweibettzimmer mit gemeinsamem Bad untergebracht ist (gilt nur für den Tarif Silver)
- Variieren die Gebühren eines **Krankenhauses** je nach der Art des Zimmers, in dem der **Anspruchsberechtigte** untergebracht ist, ist der maximale Betrag, den **wir** zahlen, der Betrag, der dem **Anspruchsberechtigten** berechnet worden wäre, wenn er in einem Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (bei den Tarifen Gold und Platinum) oder einem Zweibettzimmer mit gemeinsamem Bad oder einem gleichwertigen Zimmer (bei dem Tarif Silver) untergebracht worden wäre.
- Wenn der behandelnde **Arzt** entscheidet, dass der **Anspruchsberechtigte** länger im **Krankenhaus** bleiben muss, als **wir** im Voraus genehmigt haben, oder entscheidet, dass der **Anspruchsberechtigte** eine andere **Behandlung** benötigt als die, die **wir** im Voraus genehmigt haben, muss der **Arzt uns** einen Bericht vorlegen, in dem Folgendes erklärt wird:
 - wie lange der **Anspruchsberechtigte** im **Krankenhaus** bleiben muss
 - die Diagnose (falls sie sich geändert hat) und
 - die **Behandlung**, die der **Anspruchsberechtigte** erhalten hat und erhalten muss.

Operationssaalkosten

- **Wir** zahlen alle Kosten und Gebühren im Zusammenhang mit der Benutzung des Operationssaals, wenn die erhaltene **Behandlung** von diesem **Vertrag** abgedeckt wird.

Medikamente und Verbandsmaterial

- **Wir** zahlen Medikamente und Verbandsmaterial, das dem **Anspruchsberechtigten** im Rahmen einer **stationären** oder **teilstationären Behandlung** verschrieben wird.
- **Wir** zahlen nur dann Medikamente und Verbandsmaterial, das zur Verwendung zu Hause verschrieben wird, wenn der **Anspruchsberechtigte** einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante **Behandlungen** besitzt (es sei denn, sie werden im Rahmen einer **Krebsbehandlung** verschrieben).

Intensivbehandlung

- Unter folgenden Voraussetzungen zahlen **wir** die Behandlung eines **Anspruchsberechtigten** in einer Einrichtung für **Intensivbehandlung**, Intensivtherapie, Überwachung oder herzchirurgische **Intensivbehandlung**:
 - Die Einrichtung ist am besten für die **Behandlung** geeignet.
 - Die von der Einrichtung bereitgestellte Pflege stellt einen wesentlichen Bestandteil seiner **Behandlung** dar.
 - Die von der Einrichtung bereitgestellte Pflege wird routinemäßig von Patienten benötigt, die die gleiche Krankheit oder **Verletzung** haben oder die gleiche **Behandlung** erhalten.

Krankenhausunterbringung eines Elternteils oder eines Erziehungsberechtigten

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** unter 18 Jahren eine **stationäre Behandlung** benötigt und über Nacht im **Krankenhaus** bleiben muss, zahlen **wir** unter folgenden Voraussetzungen auch die Krankenhausunterbringung für ein Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten:
 - Die Unterbringung ist im gleichen **Krankenhaus** verfügbar.
 - Die Kosten sind angemessen.
- **Wir** zahlen die Krankenhausunterbringung für ein Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten nur, wenn die **Behandlung**, die der **Anspruchsberechtigte** während seines Krankenhausaufenthalts erhält, von diesem **Vertrag** abgedeckt ist.

Chirurgen- und Anästhesistenhonorare

- **Wir** zahlen die Kosten bei **stationärer, teilstationärer** oder **ambulanter Behandlung** für:
 - Chirurgen und Anästhesistenhonorare für **chirurgische Eingriffe** und
 - Chirurgen- und Anästhesistenhonorare bezüglich der **Behandlung**, die unmittelbar vor oder nach dem **chirurgischen Eingriff** erforderlich ist (d. h. am selben Tag wie der **chirurgische Eingriff**).
- **Wir** zahlen **ambulante Behandlungen**, die vor oder nach einem **chirurgischen Eingriff** durchgeführt werden, nur dann, wenn der **Anspruchsberechtigte** einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante **Behandlungen** hat (es sei denn, die **Behandlung** erfolgt im Rahmen einer **Krebsbehandlung**).

Spezialistenkonsultationshonorare

- **Wir** zahlen Konsultationen mit einem **Spezialisten** während Krankenhausaufenthalten, wenn der **Anspruchsberechtigte**
 - **stationär** oder **teilstationär** behandelt wird,
 - operiert wird oder
 - wenn die Konsultation eine **medizinische Notwendigkeit** darstellt.

Transplantationsdienstleistungen für Organ-, Knochenmark- und Stammzelltransplantate

- Unter folgenden Voraussetzungen zahlen **wir stationäre Behandlungen** für den **Anspruchsberechtigten**, die direkt mit einer Organtransplantation zusammenhängen:
 - Das Transplantat ist **medizinisch notwendig**.
 - Das zu transplantierende Organ wurde von einem Familienangehörigen des **Anspruchsberechtigten** gespendet oder stammt aus einer geprüften und legitimen Quelle.
- **Wir** zahlen Medikamente gegen die Abstoßung von Transplantaten nach einer Transplantation, wenn sie **stationär** verabreicht werden.
- Unter folgenden Voraussetzungen zahlen **wir** für eine **stationäre Behandlung** im direkten Zusammenhang mit einer Knochenmarks- oder peripheren Stammzelltransplantation:
 - Das Transplantat ist **medizinisch notwendig**.
 - Das zu transplantierende Material besteht aus dem eigenen Knochenmark oder den eigenen Stammzellen des **Anspruchsberechtigten** oder ist Knochenmark, das aus einer geprüften und legitimen Quelle stammt.

- Im Rahmen dieses Teils des **Vertrages** zahlen **wir** keine Knochenmarks- oder peripheren Stammzelltransplantationen, wenn die Transplantate Bestandteil einer **Krebsbehandlung** sind. Der Versicherungsschutz, den **wir** bezüglich der **Krebsbehandlung** bereitstellen, ist in anderen Teilen dieses **Vertrags** erklärt.
- Wenn eine Person einem **Anspruchsberechtigten** Knochenmark oder ein Organ spendet, bezahlen **wir** folgendes:
 - die Entnahme des Organs oder Knochenmarks
 - alle **medizinisch notwendigen** Tests oder Verfahren zum Abgleich der Gewebemerkmale
 - die Krankenhauskosten für den Spender
 - Kosten aufgrund von Komplikationen, die der Spender innerhalb von 30 Tagen nach dem Verfahren erleidet

Es ist unbeachtlich, ob der Spender unter diesem **Vertrag** abgedeckt ist oder nicht.

- Der Betrag, den **wir** für die Behandlungskosten eines Spenders zahlen, wird durch den Betrag reduziert, der dem Spender bezüglich derartiger Kosten im Rahmen einer anderen Versicherung oder aus einer anderen Quelle zu zahlen ist.
- **Wir** zahlen weder die **ambulante Behandlung** des **Anspruchsberechtigten** noch des Spenders, es sei denn, die konkrete **Behandlung** ist unter dem internationalen Versicherungsschutz für ambulante **Behandlungen** des **Anspruchsberechtigten** abgedeckt.
- Spendet ein **Anspruchsberechtigter** ein Organ, zahlen **wir** nur dann die Entnahme des Organs, wenn der Empfänger ebenfalls ein **Anspruchsberechtigter** unter diesem **Vertrag** ist.
- **Wir** erwägen alle **medizinisch notwendigen** Transplantationen. Diese Transplantationen (beispielsweise Transplantationen, die als experimentelle Verfahren gelten) sind im Rahmen dieses **Vertrags** nicht abgedeckt. Der Grund dafür besteht in Bedingungen oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes, die an anderer Stelle in diesem **Vertrag** erklärt werden.
- Ein **Anspruchsberechtigter** muss sich an **uns** wenden und im Voraus eine Genehmigung einholen, bevor Kosten im Zusammenhang mit der Spende oder der Transplantation von Organen, Knochenmark oder Stammzellen entstehen.

Nierendialyse

- **Behandlungen** zur Nierendialyse sind abgedeckt, sofern sie im **Aufenthaltsland** des **Anspruchsberechtigten** verfügbar sind. **Wir** zahlen solche **Behandlungen** sowohl auf **stationärer, teilstationärer** als auch **ambulanter** Basis.
- **Wir** zahlen für Nierendialysen außerhalb des **Aufenthaltslandes** des **Anspruchsberechtigten**, wenn die **Behandlung** innerhalb des **ausgewählten Versicherungsgebiets** des **Anspruchsberechtigten** bereitgestellt wird. **Wir** zahlen für solche **Behandlungen** auf **teilstationärer** Basis. Reise- und Unterbringungskosten im Zusammenhang mit einer derartigen **Behandlung** sind nicht abgedeckt.

Pathologie, Radiologie und andere diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung)

- **Wir** zahlen:
 - Blut- und Urintests,
 - Röntgenaufnahmen,
 - Ultraschallscans,
 - Elektrokardiogramme (EKG) und
 - andere **diagnostische Tests** (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung);sofern diese **medizinisch notwendig** sind und von einem **Spezialisten** während eines Krankenhausaufenthalts eines **Anspruchsberechtigten** zur **stationären** oder **teilstationären Behandlung** empfohlen werden.

Erweiterte medizinische Bildgebung (MRT-, CT- und PET-Scans)

- **Wir** zahlen:
 - Magnetresonanztomographie (MRT),
 - Computertomographie (CT) und / oder
 - Positron-Emissions-Tomographie (PET)wenn sie von einem **Spezialisten** im Rahmen der **stationären, teilstationären** oder **ambulant** **Behandlung** eines **Anspruchsberechtigten** empfohlen werden.

Physiotherapie und ergänzende Behandlungen

- **Wir** zahlen:
 - **Behandlungen** durch Physiotherapeuten und
 - **Therapeuten für ergänzende Behandlungen** (Akupunkteure, Homöopathen und Praktizierende der chinesischen Medizin),wenn diese Therapien von einem **Spezialisten** während eines Krankenhausaufenthalts des **Anspruchsberechtigten** zur **stationären** oder **teilstationären Behandlung** empfohlen werden (jedoch nicht die primäre **Behandlung** darstellen, die der **Anspruchsberechtigte** im **Krankenhaus** erhalten soll).

Häusliche Pflege

Wir zahlen einem **Anspruchsberechtigten** bis zu 30 Tage häusliche Pflege pro **Versicherungsdauer**, wenn

- sie von einem **Spezialisten** nach einer **stationären** oder **teilstationären Behandlung** empfohlen wird, die von diesem **Vertrag** abgedeckt wird,
- sie direkt, nachdem der **Anspruchsberechtigte** das **Krankenhaus** verlassen hat, beginnt und
- sie die Zeit verkürzt, in der der **Anspruchsberechtigte** im **Krankenhaus** bleiben muss.

Wir zahlen **häusliche Pflege** nur unter folgenden Voraussetzungen:

- Sie erfolgt bei dem **Anspruchsberechtigten** zu Hause durch einen **qualifizierten Krankenpfleger**.
- Sie umfasst **medizinisch notwendige** Pflege, die normalerweise in einem **Krankenhaus** bereitgestellt würde. **Wir** bezahlen keine **häusliche Pflege**, die nur nicht-medizinische Pflege oder persönliche Hilfe darstellt.

Rehabilitationsbehandlung

- **Wir** zahlen **Rehabilitationsbehandlungen** (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), die von einem **Spezialisten** empfohlen werden und nach einem Trauma wie einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung **medizinisch notwendig** sind. Dies umfasst bis zu 30 Tage Unterbringungs- und Lebenshaltungskosten pro Erkrankung, für die eine **Rehabilitationsbehandlung** erforderlich ist.
- Ist die **Rehabilitationsbehandlung** nach einer orthopädischen, neurologischen oder Wirbelsäulenverletzung erforderlich, zahlen **wir** vorbehaltlich der vorherigen Genehmigung vor dem Beginn der **Behandlung** eine **Rehabilitationsbehandlung** von mehr als 30 Tagen, wenn dies **medizinisch notwendig** ist und von dem behandelnden **Spezialisten** empfohlen wird.

Wir zahlen **Rehabilitationsbehandlungen** nur, wenn

- sie nach oder als Folge einer **Behandlung** notwendig sind, die von diesem **Vertrag** abgedeckt wird, und
- sie innerhalb von 30 Tagen nach dem Ende der ursprünglichen **Behandlung** beginnen.
- Sämtliche **Rehabilitationsbehandlungen** müssen von **uns** im Voraus genehmigt werden. **Wir** genehmigen **Rehabilitationsbehandlungen** nur, wenn der behandelnde **Spezialist uns** einen Bericht vorlegt, in dem Folgendes erklärt wird:
 - wie lange der **Anspruchsberechtigte** im **Krankenhaus** bleiben muss
 - die Diagnose
 - die **Behandlung**, die der **Anspruchsberechtigte** erhalten hat oder erhalten muss

Hospiz- und palliative Pflege

- Wenn bei einem **Anspruchsberechtigten** eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird und es keine **Behandlung** gibt, die die Genesung wirkungsvoll unterstützt, zahlen **wir** die **Krankenhaus-** oder Hospizpflege und Unterbringung, Pflege, verschriebene Medikamente sowie körperliche und psychologische Betreuung.

Prothesen, Geräte und Apparate

Interne Prothesen, Geräte und Apparate

- **Wir** zahlen interne Prothesen, Geräte oder Apparate, die während eines **chirurgischen Eingriffs** im Rahmen der **Behandlung** eines **Anspruchsberechtigten** eingesetzt werden.

Externe Prothesen, Geräte und Apparate

- **Wir** zahlen externe Prothesen, Geräte und Apparate, die im Rahmen der **Behandlung** eines **Anspruchsberechtigten** erforderlich sind (vorbehaltlich der weiter unten erklärten Einschränkungen).
- **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 **Anspruchsberechtigten** über 18 Jahren zahlen **wir** eine externe Prothese pro **Versicherungsdauer**.
- Bei **Anspruchsberechtigten** bis zu 17 Jahren zahlen **wir** eine erste externe Prothese und bis zu zwei Ersatzprothesen pro **Versicherungsdauer**.

Lokale Ambulanz- und Luftrettungsdienste

- Sofern **medizinisch notwendig**, zahlen **wir** einen lokalen Rettungswagen, um einen **Anspruchsberechtigten**
 - vom Ort des Unfalls oder der **Verletzung** zu einem **Krankenhaus** zu transportieren,
 - von einem **Krankenhaus** zu einem anderen **Krankenhaus** zu transportieren oder
 - von seinem Zuhause zu einem **Krankenhaus** zu bringen.
- **Wir** zahlen den Transport durch einen lokalen Rettungswagen nur dann, wenn er mit einer **Behandlung** in Verbindung steht, die ein **Anspruchsberechtigter** in einem **Krankenhaus** erhalten muss.

- Sofern **medizinisch notwendig**, zahlen **wir** einen Luftrettungsdienst, um den **Anspruchsberechtigten**
 - vom Ort des Unfalls oder der **Verletzung** zu einem **Krankenhaus** zu transportieren oder
 - von einem **Krankenhaus** zu einem anderen **Krankenhaus** zu transportieren.

Der Versicherungsschutz für den Luftrettungsdienst gilt vorbehaltlich der folgenden Bedingungen und Einschränkungen:

In einigen Situationen ist eine Luftrettung unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich. In diesen Fällen vereinbaren oder zahlen **wir** keinen Luftrettungsdienst. Mit diesem **Vertrag** ist nicht garantiert, dass ein Luftrettungsdienst immer auf Anfrage verfügbar sein wird, auch wenn er medizinisch angemessen wäre.

- **Wir** zahlen einen Luftrettungsdienst nur, um einen **Anspruchsberechtigten** über Entfernungen von bis zu 160 Kilometern (100 Meilen) zu transportieren.
- **Wir** zahlen den Transport durch einen Luftrettungsdienst nur dann, wenn er mit einer **Behandlung** in Verbindung steht, die ein **Anspruchsberechtigter** in einem **Krankenhaus** erhalten muss.
- Dieser **Vertrag** deckt keine Bergrettungsdienste ab.
- Medizinische Evakuierungen oder Rückführungen sind nur dann abgedeckt, wenn **Sie** einen internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport haben. Einzelheiten zu dieser Option finden **Sie** im entsprechenden Abschnitt dieses **Kundenleitfadens**.

Stationäre Geldleistungen

Wir bieten einem **Anspruchsberechtigten**, der **stationär** behandelt wurde, die **Behandlung** und die Unterbringung jedoch nicht bezahlen musste, direkte Geldleistungen, sofern die **Behandlung** von diesem **Vertrag** abgedeckt ist.

Zahnärztliche Notfallbehandlung bei stationären Patienten

Wir zahlen zahnärztliche Notfallbehandlungen, die ein **Anspruchsberechtigter** während einer **stationären Behandlung** in einem **Krankenhaus** benötigt, wenn diese zahnärztliche **Notfallbehandlung** von dem behandelnden **Arzt** aufgrund eines zahnärztlichen Notfalls empfohlen wird (jedoch nicht die primäre **Behandlung** darstellt, derentwegen der **Anspruchsberechtigte** ins **Krankenhaus** eingewiesen wurde).

Diese **Leistung** wird anstelle von anderen zahnärztlichen **Leistungen** gezahlt, auf die der **Anspruchsberechtigte** unter diesen Umständen Anspruch hätte.

Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen

• **Wir** zahlen die **Behandlung** von psychischen Erkrankungen und Störungen vorbehaltlich der weiter unten erklärten Einschränkungen.

• **Wir** bezahlen nur **evidenzbasierte Behandlungen** und **medizinisch notwendige Behandlungen**.

• **Wir** zahlen

- **Behandlungen** psychischer Erkrankungen und Störungen und
- Suchtbehandlungen (siehe zusätzliche **Behandlungen** weiter unten)

bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 90 Tagen pro Versicherungsdauer, einschließlich bis zu 30 Tage stationärer Behandlung.

• **Wir** zahlen

- **Behandlungen** psychischer Erkrankungen und Störungen und
- Suchtbehandlungen (siehe zusätzliche **Behandlungen** weiter unten)

bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 180 Tagen in einem 5-Jahres-Zeitraum. Wenn zum Beispiel ein **Anspruchsberechtigter** 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung während einer **Versicherungsdauer** und 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung in der darauf folgenden **Versicherungsdauer** erhalten hat, bezahlen **wir** in den nächsten drei aufeinander folgenden Jahren des Versicherungsschutzes keine weitere psychiatrische oder Suchtbehandlung

In die Berechnung, wann diese Grenzen von 30, 90 und 180 Tagen erreicht ist, fließt ein:

- jede Übernachtung, bei der ein **Anspruchsberechtigter stationär** behandelt wurde, als ein Tag
- jeder Tag, an dem ein **Anspruchsberechtigter ambulant** und **teilstationär** behandelt wurde, als ein Tag

Suchtbehandlung

• **Wir** zahlen:

- Suchtdiagnose (einschließlich Alkoholismus) und
- einen Kurs oder ein Programm zur Suchtbehandlung in einem spezialisierten Zentrum, das **evidenzbasierte Behandlungen** anbietet, sofern diese **Behandlungen medizinisch notwendig** und von einem **Arzt** empfohlen sind.

• **Wir** zahlen bis zu drei Entgiftungsversuche. Danach zahlen **wir** weitere **Entgiftungen** nur, wenn der **Anspruchsberechtigte** einen formellen **ambulanten** Kurs oder ein **ambulantes** Programm zur Suchtbehandlung abschließt.

• Für folgendes zahlen **wir** nicht:

- andere **Behandlungen** im Zusammenhang mit Alkoholismus oder Sucht oder
- **Behandlungen** verbundener Erkrankungen (wie Depression, Demenz oder Leberinsuffizienz)

wenn **wir** annehmen, dass die Erkrankung, die eine **Behandlung** erfordert, die direkte Folge von Alkoholismus oder Sucht ist.

• **Wir** zahlen nur **evidenzbasierte Behandlungen** und **medizinisch notwendige Behandlungen**.

• **Wir** zahlen

- Suchtbehandlungen und
- **Behandlungen** von psychischen Erkrankungen und Störungen (siehe zusätzliche **Behandlungen** weiter oben)

bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 180 Tagen in einem 5-Jahres-Zeitraum. Wenn zum Beispiel ein **Anspruchsberechtigter** 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung während einer **Versicherungsdauer** und 90 Tage psychiatrischer oder Suchtbehandlung in der darauf folgenden **Versicherungsdauer** erhalten hat, bezahlen **wir** in den nächsten drei aufeinander folgenden Jahren des Versicherungsschutzes keine weitere psychiatrische oder Suchtbehandlung

In die Berechnung, wann diese Grenze von 180 Tagen erreicht ist, fließt ein:

- jede Übernachtung, bei der ein **Anspruchsberechtigter stationär** behandelt wurde, als ein Tag
- jeder Tag, an dem ein **Anspruchsberechtigter ambulant** und **teilstationär** behandelt wurde, als ein Tag

Krebsbehandlung

- **Wir** zahlen Kosten für die **Behandlung** von **Krebserkrankungen**, wenn sie von **uns** als eine **aktive** und **evidenzbasierte Behandlung** angesehen wird. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlungsbehandlung, Onkologie, **diagnostische Tests** und Medikamente, ungeachtet dessen, ob der **Anspruchsberechtigte** über Nacht in einem **Krankenhaus** bleibt oder **teilstationär** oder **ambulant** behandelt wird.

Routineversicherungsschutz für Mutterschaftsleistungen (nur bei den Tarifen Gold und Platinum)

- **Wir** zahlen für die folgenden Mutter- und Kind-Leistungen und **Behandlungen** auf **stationärer** oder **ambulanter** Basis (wie jeweils anwendbar), wenn die Mutter mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes unter diesem **Vertrag** abgedeckt war:
 - Krankenhausgebühren und Geburtshelfer- und Hebammenhonorare für routinemäßige Entbindungen
 - Kosten, die im Rahmen der medizinischen Versorgung der Mutter unmittelbar nach einer routinemäßigen Entbindung entstehen

Schwangerschaftskomplikationen (nur bei den Tarifen Gold und Platinum)

- **Wir** zahlen **stationäre** oder **ambulante Behandlungen** im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung, wenn die Mutter mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt des Kindes eine **Anspruchsberechtigte** unter diesem **Vertrag** war. Hierunter fallen nur Erkrankungen, die eine direkte Folge der Schwangerschaft oder Entbindung sind.
- Dieser Teil des **Vertrags** bietet keinen Versicherungsschutz für Hausgeburten.
- **Wir** zahlen nur für einen Kaiserschnitt, wenn er **medizinisch notwendig** ist. Können **wir** nicht bestätigen, dass er **medizinisch notwendig** war, werden die Kosten für den Kaiserschnitt nicht erstattet.
- **Wir** zahlen nicht für Leihmutterchaften oder zugehörige **Behandlungen**. **Wir** zahlen keine **Mutterschaftsleistungen** oder **Behandlungen** für eine **Anspruchsberechtigte**, die als Leihmutter fungiert oder eine Person, die als eine Leihmutter für einen **Anspruchsberechtigten** fungiert.

Hausgeburten (nur bei den Tarifen Gold und Platinum)

- **Wir** zahlen Hebammen- und Spezialistenhonorare im Zusammenhang mit routinemäßigen Hausgeburten, wenn die Mutter mindestens 10 zusammenhängende Monate vor der Geburt eine **Anspruchsberechtigte** im Rahmen dieses Vertrags war.

Bitte beachten **Sie**, dass der oben erklärte **Versicherungsschutz für Leistungen** im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen keine Hausgeburten abdeckt. Dies bedeutet, dass Kosten durch Komplikationen, die im Zusammenhang mit Hausgeburten entstehen, nur bis zu den in der **Liste der Leistungen** enthaltenen Grenzen für Hausgeburten bezahlt werden.

Neugeborenenpflegeleistungen

- **Wir** zahlen:
 - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt
 - anstelle von anderen **Leistungen** sämtliche **Behandlungen**, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt
- 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.
- **Wir** zahlen:
 - bis zu 10 Tage Routineversorgung für das Neugeborene nach der Geburt
 - anstelle von anderen **Leistungen** sämtliche **Behandlungen**, die das Neugeborene während der ersten 90 Tage nach der Geburt benötigt

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.

- Die oben erklärten Neugeborenenpflegeleistungen sind nicht für Kinder erhältlich, die nach einer Fruchtbarkeitsbehandlung (wie IVF) geboren, von einer Leihmutter entbunden oder adoptiert wurden. In diesen Fällen können Kinder nur in den **Vertrag** aufgenommen werden, wenn sie 90 Tage alt sind.

Der Versicherungsschutz für das Neugeborene erfolgt vorbehaltlich des Ausfüllens eines Gesundheitsfragebogens, auf dessen Grundlage **wir** möglicherweise besondere Einschränkungen oder Ausschlüsse vorschreiben.

Angeborene Krankheiten

- **Wir** zahlen für **stationäre** oder **teilstationäre Behandlungen** bei **angeborenen Krankheiten**, die sich vor dem 18. Geburtstag des **Anspruchsberechtigten** manifestieren.
 - Wenn **Sie** einen internationalen Versicherungsschutz für ambulante **Behandlungen**, Krankentransport, Gesundheit und Wohlbefinden oder augen- und zahnärztliche **Behandlungen** haben, gelten die genannten Höchstgrenzen für den Versicherungsschutz, der im Rahmen dieser Optionen erhältlich ist.
- Eine vollständige Liste der Erkrankungen, die **wir** als angeboren definieren, können Sie bei **unserem** Kundendienst anfordern.

Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Der internationale Versicherungsschutz für ambulante **Behandlungen** bietet **Ihnen** umfassendere **ambulante Leistungen** und schließt Spezialistenkonsultationen, **ambulant** verschriebene Medikamente und Verbandsmaterial, Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik und vieles mehr ein.

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen – maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigtem pro Versicherungsdauer. Hierzu zählen Erstattungen aus allen Bereichen des internationalen Versicherungsschutzes für ambulante Behandlungen .	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	25.000 \$ 18.500 € 16.625 £	78.000 \$ 61.000 € 50.000 £
Ihre medizinischen Standardleistungen	Silver	Gold	Platinum
Konsultationen mit Ärzten und Spezialisten Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	125 \$ / 90 € / 80 £ Höchstbetrag pro Besuch. Bis zu 15 Besuche pro Jahr.	250 \$ / 185 € / 165 £ Höchstbetrag pro Besuch. Bis zu 30 Besuche pro Jahr.	Volle Kostenerstattung
Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung) Wenn Untersuchungen ambulant erfolgen Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Physiotherapie Wenn Behandlungen ambulant erfolgen	100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Osteopathie und chiropraktische Behandlungen Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag.	Volle Kostenerstattung für bis zu 15 Besuche	Volle Kostenerstattung für bis zu 15 Besuche	Volle Kostenerstattung für bis zu 30 Besuche
Akupunktur, Homöopathie und chinesische Medizin Bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von 15 Besuchen pro Versicherungsdauer .	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung	Volle Kostenerstattung
Restaurative Logopädie Auf kurzfristiger Basis nach einer Erkrankung wie einem Schlaganfall. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	100 % bis zu 5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Volle Kostenerstattung
Medikamente und Verbandsmaterial Bei Verschreibung durch einen Arzt auf ambulanter Basis. Bis zu dem für die Versicherungsdauer angegebenen Höchstbetrag	100 % bis zu 500 \$ 370 € 330 £	100 % bis zu 2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Volle Kostenerstattung
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 £	

Hinweise zu Ihrem internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Konsultationen mit Ärzten und Spezialisten

- **Wir** zahlen für Konsultationen oder Termine bei einem **Arzt**, welche für die Diagnose einer Krankheit oder die Vereinbarung oder den Erhalt von **Behandlungen** erforderlich sind, bis zu der maximalen Anzahl von Terminen, die in der Leistungstabelle angegeben ist.
- **Wir** zahlen für nicht-operative, **ambulante Behandlungen**, die von einem **Spezialisten** als **medizinisch notwendig** empfohlen werden.

Pathologie, Radiologie und diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung)

- **Wir** zahlen:
 - Blut- und Urintests
 - Röntgenaufnahmen
 - Ultraschallscans
 - Elektrokardiogramme (EKG) und
 - andere diagnostische Tests (ausgenommen erweiterte medizinische Bildgebung)sofern diese **medizinisch notwendig** sind und von einem **Spezialisten** im Rahmen des Krankenhausaufenthalts eines **Anspruchsberechtigten** zur **ambulanten Behandlung** empfohlen werden.

Physiotherapie

- **Wir** zahlen für Physiotherapie auf **ambulanter** Basis, die **medizinisch notwendig** ist und **Ihnen** dabei hilft, durch die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit **Ihre** normalen täglichen Aktivitäten auszuführen. Die **Behandlung** muss von einem qualifizierten Physiotherapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die **Behandlung** stattfindet, zur Erbringung der **Behandlung** zugelassen ist.

Osteopathie und chiropraktische Behandlungen

- **Wir** zahlen bis zu einer kombinierten maximalen Anzahl von Terminen pro **Versicherungsdauer** für Osteopathie- und chiropraktische **Behandlungen**, die **evidenzbasiert, medizinisch notwendig** und von einem behandelnden **Spezialisten** empfohlen sind, sofern ein **Arzt** die **Behandlung** empfiehlt und eine Überweisung ausstellt. Die **Behandlung** muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die **Behandlung** stattfindet, zur Erbringung der **Behandlung** zugelassen ist.

Akupunktur, Homöopathie und chinesische Medizin

- **Wir** zahlen pro **Versicherungsdauer** und pro **Anspruchsberechtigtem** für eine kombinierte maximale Anzahl von 15 Konsultationen mit Akupunkteuren, Homöopathen und Praktizierenden der chinesischen Medizin, wenn diese **Behandlungen** von einem **Arzt** empfohlen werden.
- Die **Behandlung** muss von einem qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden, der in dem Land, in dem die **Behandlung** stattfindet, zur Erbringung der **Behandlung** zugelassen ist.

Restaurative Logopädie

- Unter folgenden Voraussetzungen zahlen **wir** für restaurative Sprachtherapie:
 - Sie ist unmittelbar nach einer **Behandlung** erforderlich, die von diesem **Vertrag** abgedeckt ist (zum Beispiel als Bestandteil der Nachsorge eines **Anspruchsberechtigten**, nachdem er einen Schlaganfall erlitten hat)
 - Ein **Spezialist** hat bestätigt, dass sie **kurzfristig medizinisch notwendig** ist.
- **Wir** zahlen nur dann für Sprachtherapie, wenn das Ziel dieser Therapie darin besteht, ein beeinträchtigtes Sprachvermögen wiederherzustellen. **Wir** zahlen nicht für Sprachtherapie, die
 - die Verbesserung von Sprachfertigkeiten, die nicht vollständig entwickelt sind, zum Ziel hat,
 - erzieherischer Natur ist,
 - dem Erhalt der Sprachkommunikation dient,
 - die Verbesserung von Sprech- oder Sprachstörungen (wie Stottern) zum Ziel hat oder
 - eine Folge von Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen (wie Legasthenie), Verhaltensstörungen (wie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) oder Autismus ist.

Medikamente und Verbandsmaterial

- **Wir** zahlen für rezeptpflichtige Medikamente und Verbandsmaterial, das von einem **Arzt** auf **ambulanter** Basis verschrieben wird.

Miete von langlebiger medizinischer Ausrüstung

- **Wir** zahlen für die Miete von langlebiger medizinischer Ausrüstung bis zu 45 Tage pro **Versicherungsdauer**, wenn die Verwendung dieser Ausrüstung von einem **Spezialisten** zur Unterstützung der **Behandlung** des **Anspruchsberechtigten** empfohlen wird.
- **Wir** zahlen nur für die Miete langlebiger medizinischer Ausrüstung, die
 - kein Einwegmaterial darstellt und mehr als einmal benutzt werden kann,

- einem medizinischen Zweck dient,
- zur Heimanwendung geeignet ist und
- dem Typ entspricht, der normalerweise von einer Person, die an den Auswirkungen einer Erkrankung, **Krankheit** oder **Verletzung** leidet, benutzt wird.

Impfungen für Erwachsene

- **Wir** zahlen für die folgenden Impfungen und Immunisierungen:
- Tetanus (einmal alle 10 Jahre)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Meningitis
- Tollwut
- Cholera
- Gelbfieber
- Japanische Enzephalitis
- Polio-Schutzimpfung
- Typhus und
- Malaria (in Tablettenform, entweder täglich oder wöchentlich).

Zahnbehandlung nach Unfällen

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** als Folge von **Verletzungen**, die er durch einen Unfall erlitten hat, **Zahnbehandlungen** benötigt, zahlen **wir ambulante Behandlungen an gesunden natürlichen Zähnen**, die durch den Unfall beschädigt oder beeinträchtigt wurden, sofern die **Behandlung** unmittelbar nach dem Unfall beginnt und innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Unfalls abgeschlossen ist.
- Zur Genehmigung dieser **Behandlung** benötigen **wir** vom behandelnden **Zahnarzt** des **Anspruchsberechtigten** die Bestätigung folgender Informationen:
 - das Datum des Unfalls und
 - die Tatsache, dass die Zähne, die der vorgeschlagenen **Behandlung** unterzogen werden sollen, **gesunde natürliche Zähne** sind.
- **Wir** zahlen für diese **Behandlung** anstelle von anderen **Zahnbehandlungen**, auf die der **Anspruchsberechtigte** unter diesem **Vertrag** Anspruch hat, wenn er nach einem Unfallschaden an einem Zahn oder mehreren Zähnen behandelt werden muss.
- **Wir** zahlen im Rahmen dieses Teils des **Vertrags** nicht für die Reparatur oder Bereitstellung von Zahnimplantaten, Kronen oder Zahnprothesen.

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- **Wir** zahlen für Routine-Vorsorgeuntersuchungen von Kindern zu den **angemessenen Altersstufen** und für durch einen **Arzt** erbrachte Vorsorgeleistungen bestehend aus:
 - Anamnese
 - körperliche Untersuchungen
 - Untersuchung des Entwicklungsstandes
 - vorausschauende Begleitung
 - geeignete Immunisierungen und Labortests für Kinder bis zu 6 Jahren.
- **Wir** zahlen:
 - einen Besuch bei einem **Arzt** zu den **angemessenen Altersstufen** (bis zu insgesamt 13 Besuchen pro Kind) zum Zweck des Erhalts von Vorsorgedienstleistungen
 - eine Gesundheitskontrolle zur Einschulung, um Wachstum, Hör- und Sehvermögen für jedes Kind im Alter von 5 Jahren oder jünger zu untersuchen
 - Voruntersuchung auf diabetischer Retinopathie für Kinder über 12 Jahren, die an Diabetes leiden.

Immunisierung von Kindern

- **Wir** zahlen für die folgenden Immunisierungen bei Kindern bis zu 17 Jahren:
 - DPT (Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus)
 - MMR (Masern, Mumps und Röteln)
 - Hib (Haemophilus influenza Typ b)
 - Kinderlähmung
 - Grippe
 - Hepatitis B
 - Meningitis und
 - Humane Papillomaviren (HPV).

Jährliche Routineuntersuchungen

- **Wir** zahlen für die folgenden Routineuntersuchungen bei Kindern bis 15 Jahren:
 - ein Sehtest
 - ein Hörtest

Internationaler Versicherungsschutz für den Krankentransport

Der internationale Versicherungsschutz für den Krankentransport deckt in einem Notfall angemessene Transportkosten zum nächstgelegenen medizinischen Kompetenzzentrum ab für den Fall, dass die **Behandlung** lokal nicht verfügbar ist. Diese Option umfasst auch Rückführungen, sodass der **Anspruchsberechtigte** in sein **Aufenthaltsland** oder das Land seiner **Staatsangehörigkeit** zurückkehren kann, um sich in einer vertrauten Umgebung behandeln zu lassen.

Ihre Höchstgrenze	Silver	Gold	Platinum
Jährliche Leistungen Maximaler Betrag pro Anspruchsberechtigten	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 £

Hinweise zu Ihrem internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport

Allgemeines

- Die in diesem Abschnitt beschriebenen Dienstleistungen werden im Rahmen dieses **Vertrags** von dem **medizinischen Assistenzdienst** bereitgestellt oder organisiert.
- Die folgenden Bedingungen gelten sowohl für medizinische Notfall-evakuierungen als auch für Rückführungen:
 - Alle Evakuierungen und Rückführungen müssen im Voraus vom **medizinischen Assistenzdienst** genehmigt werden, den Sie über den Kundendienst erreichen können
 - Die **Behandlung**, für die oder in Folge derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss von einem **qualifizierten Krankenpfleger** oder einem **Arzt** empfohlen sein
 - Evakuierungs- und Rückführungsdienste sind im Rahmen dieses **Vertrags** nur erhältlich, wenn der **Anspruchsberechtigte stationär** oder **teilstationär** behandelt wird (oder behandelt werden muss)
 - Die **Behandlung**, aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung erforderlich ist, muss folgende Voraussetzungen erfüllen:
 - Es handelt sich um eine **Behandlung**, die im Rahmen dieses **Vertrags** abgedeckt ist.
 - Sie ist an dem Ort, von dem der **Anspruchsberechtigte** evakuiert oder zurückgeführt werden soll, nicht erhältlich.
 - Der **Anspruchsberechtigte** muss bereits unter dem internationalen Versicherungsschutz für den Krankentransport versichert sein, bevor er den Evakuierungs- oder Rückführungsdienst benötigt.
 - Der **Anspruchsberechtigte** muss in dem **gewählten Versicherungsgebiet**, welches das Land umfasst, in dem die **Behandlung** nach der Evakuierung oder Rückführung bereitgestellt wird, Versicherungsschutz haben (**Behandlungen** in den **USA** sind ausgeschlossen, sofern der **Anspruchsberechtigte** nicht den Versicherungsschutz **Weltweit einschließlich USA** gekauft hat).

- **Wir** zahlen nur für Evakuierungen oder Rückführungen, wenn alle Maßnahmen im Voraus von **unserem medizinischen Assistenzdienst** genehmigt werden. Bevor die Genehmigung erteilt wird, müssen **uns** alle Informationen oder Nachweise vorgelegt werden, die **wir** vernünftigerweise verlangen können.
- **Wir** genehmigen oder zahlen keine Evakuierung oder Rückführung, wenn sie **unserer** begründeten Ansicht nach nicht angemessen oder medizinisch nicht ratsam ist. Bei der Entscheidung darüber, ob eine Evakuierung oder Rückführung sinnvoll ist, beziehen **wir** uns auf bewährte klinische und medizinische Praxis.
- Jede von einem **Anspruchsberechtigten** vor oder nach einer Evakuierung oder Rückführung erhaltene **Behandlung** wird im Rahmen seiner internationalen Krankenversicherung oder anderer geltender Versicherungsoptionen bezahlt.
- **Wir** können von Zeit zu Zeit eine Prüfung dieses Versicherungsschutzes durchführen und behalten **uns** vor, **Sie** um weitere Informationen zu bitten, wenn dies angemessen ist.

Krankentransport

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** eine **Notfallbehandlung** benötigt, zahlen **wir** für den Krankentransport,
 - um ihn zum nächstgelegenen **Krankenhaus** zu bringen, in dem die notwendige **Behandlung** erhältlich ist (auch wenn dieses in einem anderen Teil des Landes oder in einem anderen Land liegt) und
 - um ihn an den Ort zurückzubringen, von dem er evakuiert wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner **Behandlung** statt.
- Bezüglich der Rückreise zahlen **wir**:
 - den Preis eines Flugtickets der Economy Class
 - angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.
- **Wir bezahlen Taxifahrten nur, wenn**
 - es aus medizinischer Sicht für den **Anspruchsberechtigten** vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und
 - die Genehmigung im Voraus von dem **medizinischen Assistenzdienst** erlangt wird.

- **Wir** zahlen für die Evakuierung (jedoch nicht für die Rückführung), wenn der **Anspruchsberechtigte diagnostische Tests** oder **Krebsbehandlung** (wie Chemotherapie) benötigt, sofern die Evakuierung nach Ansicht **unseres medizinischen Assistenzdienstes** unter den Umständen angemessen und **medizinisch notwendig** ist.
- **Wir** übernehmen keine anderen Kosten bezüglich einer Evakuierung (zum Beispiel Unterbringungskosten).

Medizinische Rückführung

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** eine medizinische Rückführung benötigt, zahlen **wir**
 - für seine Rückkehr in sein **Aufenthaltsland** oder das Land seiner **Staatsangehörigkeit** und
 - seine Rückkehr an den Ort, von dem er evakuiert wurde, vorausgesetzt, die Rückreise findet nicht später als 14 Tage nach Abschluss seiner **Behandlung** statt.

Die oben genannte Reise muss im Voraus von **unserem medizinischen Assistenzdienst** genehmigt werden und, um Zweifel auszuschließen, müssen alle Transportkosten angemessen und üblich sein.

- Bezüglich der Rückreise zahlen **wir**:
 - den Preis eines Flugtickets der Economy Class
 - angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.
- **Wir** zahlen Taxifahrten nur, wenn
 - es aus medizinischer Sicht für den **Anspruchsberechtigten** vorzuziehen ist, mit dem Taxi anstatt mit einer Ambulanz zum Flughafen zu fahren und
 - die Genehmigung im Voraus von dem **medizinischen Assistenzdienst** erlangt wird.
- **Wir** zahlen keine anderen Kosten bezüglich einer Rückführung (zum Beispiel Unterbringungskosten).
- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** den **medizinischen Assistenzdienst** kontaktiert, um im Voraus eine Genehmigung für eine Rückführung einzuholen, der **medizinische Assistenzdienst** die Rückführung jedoch nicht als medizinisch sinnvoll betrachtet, arrangieren **wir** möglicherweise die Evakuierung des **Anspruchsberechtigten** zum nächstgelegenen **Krankenhaus**, in dem die notwendige **Behandlung** erhältlich ist. **Wir** führen den **Anspruchsberechtigten** dann in das angegebene Land seiner **Staatsangehörigkeit** oder sein **Aufenthaltsland** zurück, sobald sein Zustand stabil ist und die Rückführung medizinisch sinnvoll ist.

Rückführung der sterblichen Überreste

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** während der **Versicherungsdauer** außerhalb seines **Aufenthaltslandes** stirbt, veranlasst der **medizinische Assistenzdienst** vorbehaltlich der Anforderungen und Bedingungen der Fluglinien so bald wie möglich die Rückführung seiner sterblichen Überreste in sein **Aufenthaltsland**.
- **Wir** übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit Beerdigung oder Einäscherung oder den Transportkosten für eine Person, die die sterblichen Überreste des **Anspruchsberechtigten** abholt oder begleitet.

Krankenbesuche

- Wenn ein **Anspruchsberechtigter** eine Begleitperson auf seiner Reise im Zusammenhang mit einer medizinischen Evakuierung oder Rückführung benötigt, weil er
 - Hilfe beim Einsteigen in ein oder Aussteigen aus einem Flugzeug oder anderen Fahrzeug benötigt,
 - 1600 km (1000 Meilen) oder weiter reist,
 - äußerst beunruhigt oder verunsichert ist und nicht von einer Pflegekraft, einem Sanitäter oder anderem medizinischen Begleitpersonal begleitet wird oder
 - schwer krank oder schwer verletzt ist,

zahlen **wir** seine Begleitung durch einen Verwandten oder Partner. Die Reisen (dies bedeutet der Klarheit halber eine Hin- und eine Rückreise) müssen im Voraus von dem **medizinischen Assistenzdienst** genehmigt werden und die Rückreise darf nicht später als 14 Tage nach Abschluss der **Behandlung** stattfinden.

- **Wir** zahlen:
 - den Preis eines Flugtickets der Economy Class
 - angemessene Reisekosten zu Land oder See, je nachdem, welche Reisekosten niedriger sind.

Falls dies angesichts der medizinischen Bedürfnisse des **Anspruchsberechtigten** angemessen ist, reist das Familienmitglied oder der Partner, der den **Anspruchsberechtigten** begleitet, möglicherweise in einer anderen Klasse.

- **Wir** zahlen nicht für die Begleitung eines **Anspruchsberechtigten** durch einen Dritten, wenn der ursprüngliche Zweck der Evakuierung in der **ambulanten Behandlung** des **Anspruchsberechtigten** bestand.
- Wenn die Evakuierung oder Rückführung eines **Anspruchsberechtigten medizinisch notwendig** ist und er von seinem **Lebenspartner** oder Partner begleitet wird, zahlen **wir** auch angemessene Reisekosten für alle Kinder im Alter von bis zu 17 Jahren, die ansonsten ohne Elternteil oder Erziehungsberechtigten zurückbleiben würden.
- **Wir** übernehmen keine anderen Reisekosten für Dritte wie Unterbringung oder Transport vor Ort.

Krankenbesuch

- **Wir** zahlen für jeden **Anspruchsberechtigten** bis zu 5 Krankenbesuche während der Lebensdauer der Versicherung. Krankenbesuche müssen im Voraus von **unserem medizinischen Assistenzdienst** genehmigt werden.
- **Wir** zahlen für ein Elternteil, einen **Lebenspartner**, einen Partner, einen Bruder, eine Schwester oder ein Kind die Kosten einer Hin- und Rückreise in der Economy Class, um einen **Anspruchsberechtigten** nach einem Unfall oder einer unerwarteten Erkrankung zu besuchen, wenn der **Anspruchsberechtigte** sich in einem anderen Land befindet und voraussichtlich fünf oder mehr Tage im **Krankenhaus** bleiben muss oder wenn bei ihm eine unheilbare **Krankheit** mit **kurzfristigem** tödlichen Ausgang diagnostiziert wurde.
- **Wir** zahlen außerdem die Lebenshaltungskosten für ein Familienmitglied während eines Krankenbesuchs für bis zu 10 Tage pro Besuch, während er oder sie sich außerhalb seines **Aufenthaltslandes** aufhält, bis zu den in der **Liste der Leistungen** aufgeführten Grenzen (vorbehaltlich der Vorlage von Quittungen für die entstandenen Kosten).
- **Wir** zahlen nicht für einen Krankenbesuch nach einer Evakuierung oder Rückführung des **Anspruchsberechtigten**. Findet während eines Krankenbesuchs eine Evakuierung oder Rückführung statt, zahlen **wir** keine weiteren Transportkosten für Dritte.

Allgemeine Bedingungen

Die folgenden Bedingungen gelten für den gesamten Versicherungsschutz im Rahmen des internationalen Versicherungsschutzes für den Krankentransport.

- Wenn es aufgrund lokaler Bedingungen unmöglich, nicht praktikabel oder unzumutbar gefährlich ist, ein Gebiet zu betreten, zum Beispiel bedingt durch eine instabile politische Lage oder Krieg, sind **wir** möglicherweise nicht in der Lage, Evakuierungen oder Rückführungen zu arrangieren. Dieser **Vertrag** garantiert nicht, dass Evakuierungs- oder Rückführungsdienstleistungen auf Anfrage immer verfügbar sein werden, auch wenn sie medizinisch angemessen wären.
- **Wir** zahlen für Krankenhausunterbringungen nur so lange, wie der **Anspruchsberechtigte** behandelt wird. **Wir** bezahlen keine Krankenhausunterbringung, wenn ein **Anspruchsberechtigter** nicht mehr behandelt wird, sondern auf einen Rückflug wartet.
- Alle **Behandlungen**, die ein **Anspruchsberechtigter** vor oder nach einer Evakuierung oder Rückführung erhält, werden von der internationalen Krankenversicherung bezahlt (oder gegebenenfalls von einer anderen Versicherungsoption), vorausgesetzt, die **Behandlung** ist unter diesem **Vertrag** abgedeckt und **Sie** haben den entsprechenden Versicherungsschutz gekauft.
- **Wir** sind nicht dafür haftbar, wenn, bedingt durch widrige Wetterverhältnisse, technische oder mechanische Probleme, behördliche Bestimmungen oder Einschränkungen oder andere Faktoren, die sich außerhalb **unserer** Kontrolle befinden, Evakuierungen oder Rückführungen verspätet oder gar nicht stattfinden.
- **Wir** zahlen nur für Evakuierung, Rückführung und den Transport Dritter, wenn die **Behandlung**, für die oder aufgrund derer die Evakuierung oder Rückführung notwendig ist, von diesem **Vertrag** abgedeckt wird.
- Alle Entscheidungen über
 - die **medizinische Notwendigkeit** der Evakuierung oder Rückführung
 - die Mittel und den zeitlichen Rahmen der Evakuierung oder Rückführung
 - die zu verwendende medizinische Ausrüstung und das einzusetzende medizinische Personal und
 - den Zielort, an den der **Anspruchsberechtigte** gebracht wird,
 werden von **unserem medizinischen Team** nach Rücksprache mit den **Ärzten**, die den **Anspruchsberechtigten** behandeln, unter Berücksichtigung aller relevanten medizinischen Faktoren und Erwägungen getroffen.

Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Der internationale Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden bietet dem **Anspruchsberechtigten** Voruntersuchungen, Tests, Untersuchungen, Beratung bei verschiedenen Lebenskrisen sowie individuelle Ratschläge und Unterstützung durch **unsere** Online-Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbewertung, mit deren Hilfe der **Anspruchsberechtigte** nach seinen Wünschen seine Gesundheit in die eigenen Hände nehmen kann.

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 bezahlen für 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-Counselling • 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

Hinweise zu Ihrem internationalen Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene

- Pro **Versicherungsdauer** zahlen **wir** für die folgenden von einem **Arzt** durchgeführten Tests:
- körperliche Routineuntersuchungen für Erwachsene bis zu den in der **Liste der Leistungen** aufgeführten Grenzen für Personen ab 18 Jahren
- einen Papanicolaou-Test (Pap-Abstrich) pro Jahr für weibliche **Anspruchsberechtigte**
- eine Prostatauntersuchung (PSA-Test (prostata-spezifisches Antigen)) pro Jahr für männliche **Anspruchsberechtigte** ab 50 Jahren
- eine Basismammographie für symptomlose weibliche **Anspruchsberechtigte** im Alter von 35 bis 39 Jahren
- eine Mammographie alle zwei Jahre für symptomlose weibliche **Anspruchsberechtigte** im Alter von 40 bis 49 Jahren (oder häufiger, falls **medizinisch notwendig**)
- eine Mammographie für weibliche **Anspruchsberechtigte** ab 50 Jahren
- ein Darmkrebs-Screening pro Jahr für **Anspruchsberechtigte** ab 55 Jahren
- eine Knochendichtemessung pro **Versicherungsdauer**
- bis zu 4 Termine bei einem Ernährungsberater pro **Versicherungsdauer**, wenn der **Anspruchsberechtigte** eine Ernährungsberatung im Zusammenhang mit einer Krankheit oder Erkrankung wie Diabetes benötigt (nur Tarif Platinum)

Lebensberatung

- 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-Counselling.
- 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.

Online-Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbewertungen und webbasierte Coaching-Programme

- Online-Zugriff auf den Bereich Gesundheit und Wohlbefinden in **unserem** sicheren Kundenbereich.

Internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen

Durch den Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** sind Routine-Augenuntersuchungen des **Anspruchsberechtigten** und Kosten für Brillen und Kontaktlinsen abgedeckt. Außerdem ist ein großes Spektrum an präventiven, größeren und Routine- **Zahnbehandlungen** abgedeckt.

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

Hinweise zu Ihrem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Behandlungen

Augenärztlicher Versicherungsschutz

- **Wir** zahlen:
 - eine Augenuntersuchung pro **Versicherungsdauer**, die von einem Augenarzt oder Optiker durchgeführt wird,
 - Brillengläser oder Kontaktlinsen, wenn diese von einem Augenarzt oder Optiker verschrieben werden,
 - Fassungen für Brillen oder Gläser, die von einem Augenarzt oder Augenoptiker verschrieben werden, und
 - Sonnenbrillen, wenn diese von einem Augenarzt oder Optiker verschrieben werden.
- Für folgendes zahlen **wir** nicht:
 - mehr als eine Augenuntersuchung pro **Versicherungsdauer**
 - Sonnenbrillen, sofern sie nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden
 - Brillengläser oder Kontaktlinsen, die nicht **medizinisch notwendig** sind oder nicht von einem Optiker oder Augenarzt verschrieben wurden
 - **Behandlungen** oder **chirurgische Eingriffe** einschließlich **Behandlungen** oder **chirurgische Eingriffe**, mit denen das Sehvermögen korrigiert werden soll, zum Beispiel Laseraugenoperationen, refraktive Keratotomie (RK) oder photorefraktive Keratotomie (PRK).
- Für alle Erstattungsanträge für Brillenfassungen muss als Beleg ein Rezept oder eine Rechnung für Korrekturgläser bei **uns** eingereicht werden.

Zahnärztlicher Versicherungsschutz

Zahnärztliche Vorsorge

- **Wir** zahlen die folgenden zahnärztliche Vorsorgebehandlungen, die von einem **Zahnarzt** empfohlen wurden, nachdem ein **Anspruchsberechtigter** mindestens 3 Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** versichert war:
- zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen pro **Versicherungsdauer**
- Röntgenaufnahmen, einschließlich Bissflügel, Einzelansicht und Orthopantomogramm (OPG)
- Zahnsteinentfernung und Polieren einschließlich Auftragung von topischen Fluoriden (zwei **Behandlungen** pro **Versicherungsdauer**)
 - ein Mundschutz pro **Versicherungsdauer**
 - eine Aufbisschiene pro **Versicherungsdauer**
 - Fissurenversiegeler.

Zahnärztliche Routinebehandlung

- **Wir** zahlen die Kosten für die folgenden zahnärztlichen Routinebehandlungen. Der **Anspruchsberechtigte** muss mindestens 3 Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** versichert gewesen sein (wenn diese **Behandlung** für die **dauerhafte Mundgesundheit** notwendig und von einem **Zahnarzt** empfohlen ist):
 - Wurzelkanalbehandlungen
 - Zahnextraktionen
 - chirurgische Verfahren
 - **Behandlungen** aus gegebenem Anlass
 - Betäubungsmittel
 - Paradontalbehandlungen.

Größere restaurative Zahnbehandlungen

- **Wir** zahlen die Kosten für die folgenden größeren restaurativen **Zahnbehandlungen**. Der **Anspruchsberechtigte** muss seit mindestens 12 Monaten unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** versichert gewesen sein.
- Benötigt ein **Anspruchsberechtigter** größere restaurative **Zahnbehandlungen**, bevor er 12 Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** versichert gewesen ist, übernehmen wir 50 % der Behandlungskosten.

Anspruchsberechtigte haben Versicherungsschutz für:

- Zahnprothesen (Acryl/Synthetik, Metall und Metall/Acryl)
- Kronen,
- Inlays und
- Einsetzen von Zahnimplantaten.

Kieferorthopädische Behandlung

- **Wir** zahlen kieferorthopädische **Behandlungen** für **Anspruchsberechtigte** bis zu 18 Jahren, wenn sie mindestens 24 Monate unter dem internationalen Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche **Behandlungen** versichert gewesen sind. **Wir** zahlen kieferorthopädische **Behandlungen** nur unter den folgenden Voraussetzungen:
 - Der **Zahnarzt** oder Kieferorthopäde, der die **Behandlung** durchführen wird, legt **uns** im Voraus eine detaillierte Beschreibung der vorgeschlagenen **Behandlung** (einschließlich Röntgenaufnahmen und Modelle) sowie eine Schätzung der Behandlungskosten vor.
 - **Wir** haben die **Behandlung** im Voraus genehmigt.

Sonstige Zahnbehandlungen

- Benötigt ein **Anspruchsberechtigter** eine Form der **Zahnbehandlung**, die in diesem **Kundenleitfaden** nicht vorgesehen ist, kann er sich an **uns** wenden (bevor die **Behandlung** stattfindet), um zu erfragen, ob **wir** die Kosten für diese **Behandlung** übernehmen. **Wir** werden den Antrag erwägen und nach **unserem** Ermessen entscheiden:
- ob **wir** für die **Behandlung** zahlen
- und wenn ja, ob **wir** alle oder einen Teil der Kosten übernehmen und
- zu welchem Bereich der Versicherung die **Behandlung** gehört (um zu berechnen, wann die Höchstgrenzen des Versicherungsschutzes erreicht sind).
- Vor dem Erhalt von **Behandlungen** muss eine vorherige Genehmigung erlangt werden.

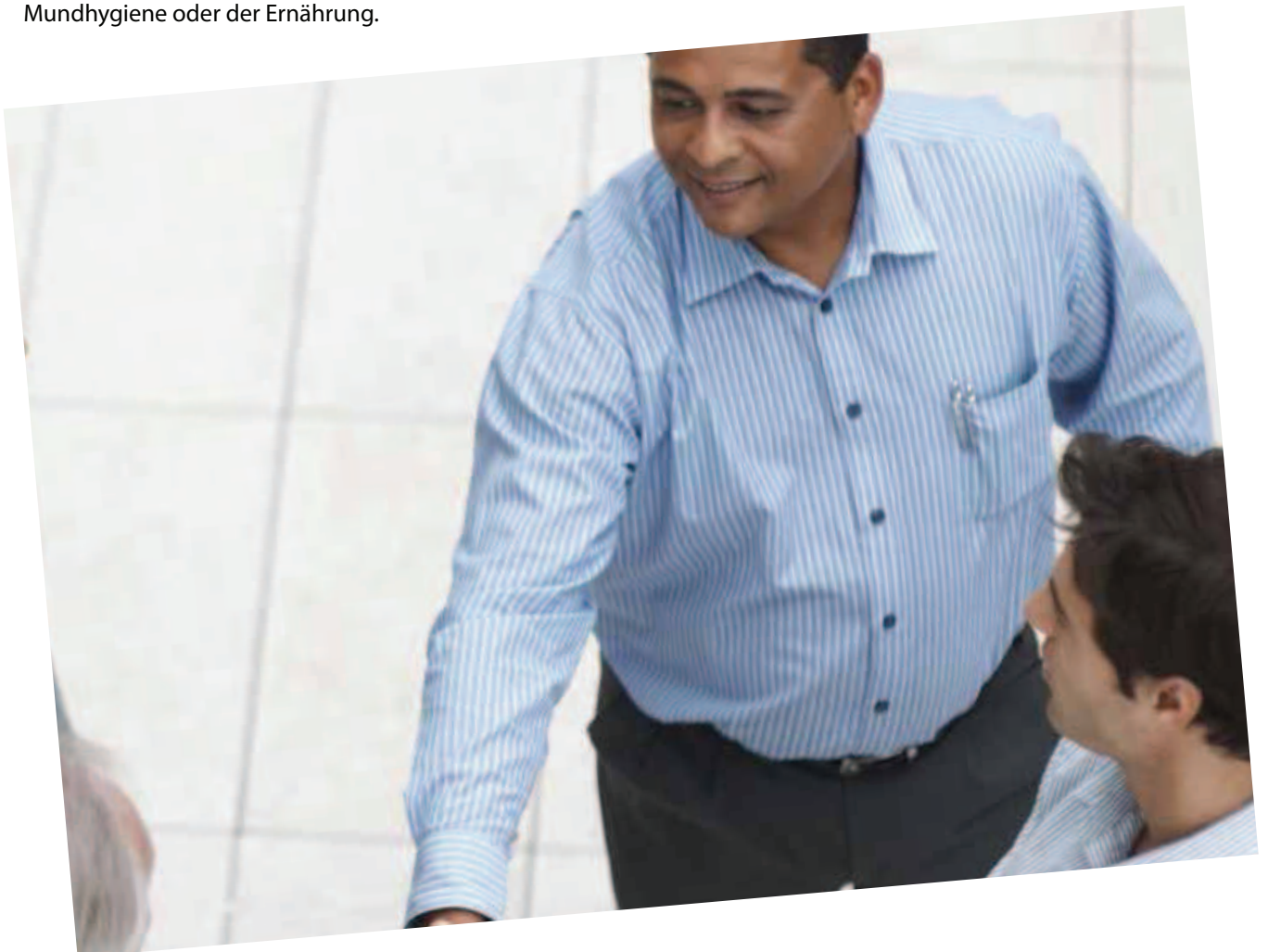
Allgemeine Bedingungen

- Jeglicher Versicherungsschutz unterliegt
- den in der **Liste der Leistungen** aufgeführten Grenzen bezüglich der maximalen Häufigkeit, mit der **wir** für eine bestimmte **Behandlung** zahlen
- den in der **Liste der Leistungen** aufgeführten Grenzen bezüglich der maximalen Beträge, die **wir** für eine bestimmte **Behandlung** bezahlen
- den Bedingungen, Grenzen und Ausschlüssen, die in diesem **Vertrag** aufgeführt sind.

Ausschlusskriterien beim zahnärztlichen Versicherungsschutz

- Die folgenden Ausschlusskriterien gelten für **Zahnbehandlungen**, zusätzlich zu den Ausschlusskriterien an anderer Stelle in diesem **Vertrag** und auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung**.
- Für folgendes zahlen **wir** nicht:
 - Rein **kosmetische Behandlungen** oder sonstige **Behandlungen**, die nicht der Aufrechterhaltung oder Verbesserung der **Mundgesundheit** dienen.
 - **Behandlungen**, deren Notwendigkeit sich durch die Teilnahme des **Anspruchsberechtigten** an illegalen Aktivitäten ergibt.
 - Kosten oder Gebühren für die Einreichung eines Kostenrückerstattungsformulars oder andere Verwaltungstätigkeiten.
 - 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.
 - Ersatz eines Dentalgeräts, welches verloren oder gestohlen wurde, oder verbundene **Behandlungen**.
 - 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.
 - Ersatz einer Brücke, einer Krone oder eines künstlichen Gebisses in den ersten fünf Jahren nach der ursprünglichen Anpassung, mit folgenden Ausnahmen:
 - 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.
 - Ein Ersatz ist notwendig, weil dem **Anspruchsberechtigten** einer oder mehrere **gesunde natürliche Zähne** entfernt werden müssen.
 - Ein Ersatz ist notwendig, weil im Gegenkiefer erstmalig ein künstliches Gebiss eingesetzt wird.
- Abdeckungen aus Acryl oder Porzellan.

- Kronen oder Brücken auf oder als Ersatz der oberen und unteren ersten, zweiten und dritten Backenzähne, es sei denn:
 - diese bestehen entweder aus einer Porzellan-Metall-Verbindung oder rein aus Metall (z. B. eine Krone mit Goldlegierung) oder
 - eine provisorische Krone oder Brücke ist im Rahmen einer zahnärztlichen Routine- oder **Notfallbehandlung** notwendig.
- **Behandlungen**, Verfahren oder Materialien, die sich noch im Versuchsstadium befinden oder nicht allgemeingültigen zahnärztlichen Standards entsprechen.
- **Behandlungen** von Zahnimplantaten, im direkten oder indirekten Zusammenhang mit:
 - einem Fehler bei der Einpassung des Implantats,
 - einer gestörten Einheilung,
 - Periimplantitis,
 - dem Ersatz von Kronen, Brücken oder künstlichen Gebissen oder
 - einem Unfall oder einer **Notfallbehandlung** einschließlich sämtlicher prothetischer Geräte.
- Beratung bezüglich der Bekämpfung von Plaque, der Mundhygiene oder der Ernährung.
- Dienstleistungen und Zubehör, insbesondere, jedoch nicht abschließend, Mundspülungen, Zahnbürsten und Zahnpasta.
- 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.
- Orthodontische **Behandlungen** für jede Person nach deren 19. Geburtstag.
- Bisregistrierung, Präzisions- oder Halbpräzisionsgeschiebe.
- **Behandlungen**, Verfahren, Hilfsmittel oder Wiederherstellung (abgesehen von künstlichen Gebissen), die hauptsächlich einem der nachfolgenden Zwecke dienen:
 - Veränderung der vertikalen Dimensionen,
 - Diagnose oder Behandlung von Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Kiefergelenks,
 - Stabilisierung von von Parodontose betroffenen Zähnen,
 - Wiederherstellung der Okklusion.



Kontakt

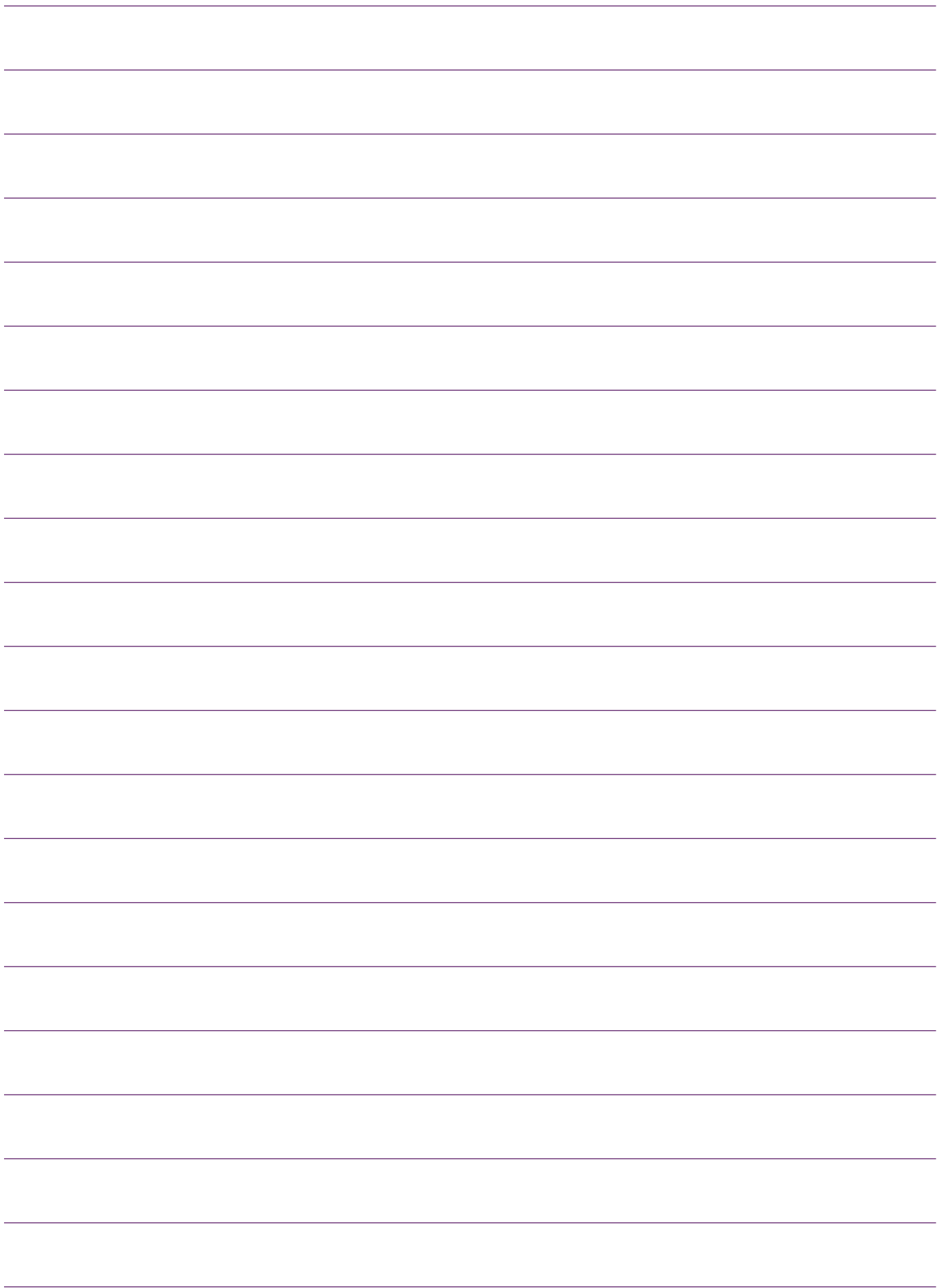


Wenn **Sie** ärztlichen Rat oder eine **Behandlung** brauchen oder eine Frage zu **Ihrem Vertrag** haben, können **Sie** mit einem Berater sprechen, indem **Sie unser** Kundendienstteam unter der folgenden Nummer kostenlos anrufen:

Rufen Sie uns an unter +49 (0) 69 2995 71426
oder schicken Sie uns ein Fax an +44(0)1475 492113
oder eine E-Mail an cignaglobal_customer.care@cigna.com

www.cignaglobal.com

Kunden, die aus Hongkong anrufen, müssen zuerst den Zugangscod 0800 96 1111 wählen.
Kunden, die aus Singapur anrufen, müssen zuerst den Zugangscod 800 0111 1111 wählen.





Sie sind
einzigartig -
wir auch

Wichtiger Hinweis: Einzelheiten zu dem **Cigna**-Unternehmen, das den Versicherungsschutz unter **Ihrem Vertrag** bereitstellt, finden **Sie** in **Ihren Vertragsbedingungen** und auf **Ihrer Versicherungsbescheinigung**.

© 2013 Cigna.

KUNDENLEITFADEN (07/13)